

Mathilde Sprovin:

KRISTIANSAND SYKEHUS

Ole Øvergaard – en sykehusarkitekt i mellomkrigstiden



Masteroppgave i kunsthistorie
våren 2006

Institutt for filosofi, ide- og kunsthistorie og klassiske språk

Universitetet i Oslo

FORORD	3
INNLEDNING	4
<i>Avgrensning</i>	4
<i>Problemstillinger</i>	4
<i>Metode</i>	5
<i>Kildemateriale</i>	6
<i>Tidligere forskning</i>	8
<i>To definisjoner</i>	9
<i>Modernisme</i>	9
<i>Sykehus</i>	9
ARKITEKT OLE ØVERGAARD	11
<i>Ole Øvergaard og hans engasjement i boligsaken, 1918-31</i>	11
<i>Ole Øvergaards sykehusarkitektur</i>	13
<i>Sykehusarkitekturen – synspunkter og debatt på 1930-tallet</i>	14
KRISTIANSAND SYKEHUS	18
<i>Sykehuset i Kristiansand – et historisk tilbakeblikk</i>	18
<i>Arkitektkonkurranse – deltagere og program</i>	19
<i>Resultat av arkitektkonkurransen</i>	21
<i>Bygningsbeskrivelse</i>	24
<i>Interiør</i>	26
<i>Eksteriør</i>	33
Stilspørsmålet	35
Kristiansand sykehus – ny viten ga nye løsninger	42
<i>Den nye trend</i>	42
<i>Farvel til paviljongsystemet</i>	43
<i>Sentralisering</i>	43
<i>Rasjonalisering og økonomi</i>	44
<i>Korridoren</i>	46
<i>Birom</i>	47
<i>Hygiene</i>	49
<i>Pasientens omgivelser</i>	50
<i>Sol og luft</i>	51
<i>Pleieenheterne</i>	52
<i>Fargesetting</i>	53
<i>Støy og gjenklang</i>	54
<i>Kjøkken – mat og oppvask</i>	55
ANDRE SYKEHUS TEGNET AV OLE ØVERGAARD PÅ 1930-TALLET	59

<i>Ullern Tuberkulosehjem</i>	59
<i>Tønsberg sykehus</i>	62
<i>Sarpsborg sykehus</i>	66
<u>OLE ØVERGAARDS SYKEHUSBYGNINGER OG DE NYE TEORIENE OM SYKEHUSARKITEKTUR</u>	70
<i>Planløsninger</i>	70
<i>Pasienten i sentrum</i>	73
<i>Modernisten Ole Øvergaard</i>	75
<i>Oppsummering</i>	77
<u>SAMMENFATNING OG KONKLUSJON</u>	79
<u>LITTERATURLISTE</u>	83
<i>Artikler</i>	84
<i>Avisartikler</i>	86
<i>Video</i>	86
<i>Ikke publisert materiale</i>	87
<i>Kristiansand sykehus:</i>	87
<i>Tønsberg sykehus:</i>	88
<i>Sarpsborg sykehus:</i>	88
<i>Ullern Tuberkulosehjem:</i>	88
<i>Intervjuer</i>	88
<u>ILLUSTRASJONSLISTE</u>	90

FORORD

Dette er en masteroppgave i kunsthistorie ved Universitet i Oslo, Institutt for filosofi, ide- og kunsthistorie og klassiske språk. Veileder for oppgaven har vært Professor Kari Hoel. Avhandlingen tar for seg den norske arkitekten Ole Øvergaard. Øvergaard spesialiserte seg på sykehusarkitektur, og det er hans virke på dette området som er oppgavens tema.

Fra tidligere har jeg bakgrunn i sykepleieryrket og mange års erfaring fra arbeide i helsevesenet. Dette var avgjørende da jeg valgte å skrive om sykehusarkitektur og Ole Øvergaards bygninger. Jeg ønsket å bruke mine kunnskaper om medisinsk teori og kunnskap i arkitekturteori, og la denne tverrfaglige kombinasjonen danne grunnlaget for videre beskrivelse og analyse av Øvergaards arkitektur.

En rekke personer har støttet og hjulpet meg i arbeidet med masteroppgaven og må derfor nevnes: en stor takk til Kari Hoel, som har ytt god veiledning og evig tålmodig rettet opp mine språklige krumspring. Takk rettes også til Øivind Larsen, professor i samfunnsmedisin. Til overlege Karl Wefring og Historielaget ved Sentralsykehuset i Vestfold, Reidun Braathen, grunnlegger av Historisk Museum ved Vest-Agder Sentralsykehus og Solbjørg Olsen og Historisk gruppe ved Sarpsborg sykehus.

Takk til mamma som har lest korrektur på oppgaven, takk til mine kjære; barna mine og Erik.

INNLEDNING

Denne avhandlingen er et studie av arkitekt Ole Øvergaards sykehusarkitektur fra mellomkrigstiden. Det presenteres et utvalg av hans bygninger fra perioden. En ny kirurgisk avdeling som han tegnet til Kristiansand sykehus er oppgavens hovedbygning og underlagt omfattende analyse. Dette danner rammen for den videre drøftelsen av Øvergaards sykehusarkitektur.

Mellomkrigstiden var en tid med store fremskritt innen sykehusarkitekturen. Noe som må ses i sammenheng med utviklingen i den medisinske vitenskapen. Sykehusarkitekten måtte være kjent med og forholde seg til det medisinske fremskrittet. Å bygge sykehus var derfor en byggeoppgave som krevde omfattende spesialkunnskaper.

Et annet aspekt ved sykehusbygninger som har vært viktig, er sykehusbygningenes funksjon i samfunnet. Hvordan sykehusene ble utformet forteller noe om samfunnets holdning til sykdom og hvordan samfunnet skulle bidra til å sikre innbyggernes helse.

Avgrensning

Den nye avdelingen på Kristiansand sykehus ble bygget i årene 1931-34. Før dette oppdraget hadde Ole Øvergaard vunnet arkitektkonkurransen og tegnet Det Norske Radiumhospital, 1927-32. Dette hospitalet belyses ikke i avhandlingen, med unntak av enkelte momenter som trekkes fram i en sammenligning med arkitektoniske løsninger i Kristiansand sykehus.

Jeg har også sett nærmere på andre hospitalbygninger han tegnet på 1930-tallet. Dette for å undersøke om det Øvergaard skaper i Kristiansand kom til å bli førende for hans senere sykehusbygg. De bygningene det gjelder er: Ullern Tuberkulosehjem (1933-34), utvidelse av Tønsberg sykehus (1936-38) og Sarpsborg sykehus (1937-41).

Andre sykehus han tegner i mellomkrigstiden, men som er utelatt er: utvidelse av Røde Kors-klinikken på Hamar (1935), Namdal sykehus (1939-41), og Innherred sykehus (1939-41). Disse bygningene kunne ikke rommes innenfor grensene for en oppgave av dette slag.

Problemstillinger

Gjennom å studere et utvalg av Ole Øvergaards bygninger har jeg ønsket å få kunnskap om Øvergaards arkitektgjerning. Hans verk er studert i lys av samtidens arkitekturoppfatninger og i forhold til norsk sykehusarkitektur generelt.

Følgende problemstillinger står sentralt i oppgaven:

- 1- Å gi en presentasjon av sykehusarkitekten Ole Øvergaard ved å velge ett av hans sykehus som hovedfokus for oppgaven. Jeg har valgt sykehuset i Kristiansand fordi dette ser ut til å danne grunnlaget for Øvergaards senere sykehusarkitektur.
- 2- Å gi et bidrag til kunnskapen om norsk sykehusarkitektur.
- 3- Å se nærmere på hvordan sykehusarkitekturen ble utformet, sett i lys av den tids medisinske forskning og sykepleieteori, og å undersøke om medisinsk teori og vitenskap har vært retningsgivende for de arkitektoniske valg som er gjort.
- 4- Å vise hvorledes de funksjonalistiske ideer kommer til uttrykk i arkitekturen.

Metode

I studiet av Ole Øvergaards sykehusarkitektur har jeg benyttet en historisk-biografisk metode. Jeg har betraktet arkitekten i en tidssammenheng for på den måten å finne svar på hvorfor arkitekturen hans fikk den form og det uttrykk som den fikk.

Det eksisterer ikke noe privat arkiv etter Ole Øvergaard, en stor del av arbeidet med avhandlingen har derfor vært å søke etter kilder på flere steder og kritisk vurdere hvilke kilder som kunne brukes i oppgaven. En stor del av kildematerialet har vært ufullstendig. I stedet er det da stilt sammen flere kilder som utfyller hverandre.

Utgangspunktet har vært verket: selve bygningene. Jeg har plassert bygningene stilmessig og vurdert i hvilken grad de svarte til de funksjonelle krav. Kristiansand sykehus er avhandlingens hovedbyggverk. Sykehuset er vurdert fra et arkitekturhistorisk ståsted og et medisinhistorisk perspektiv. Videre har jeg sammenlignet sykehuset i Kristiansand og et utvalg av andre sykehusbygninger arkitekten tegnet på 1930-tallet.

De arkitekturanalyser som er gjort, har tatt utgangspunkt i arbeidstegninger og plantegninger som Øvergaard tegnet. Bygningenes eksteriør er til en viss grad bevart, med unntak av Tønsberg sykehus, hvilket har vært nyttig for arkitekturanalysen. Jeg har også studert fasadetegninger tegnet av Øvergaard. Forskjellige utkast arkitekten utarbeidet er sammenlignet med hverandre, med fotomateriale og med den gjenværende bygningsmassen.

For ytterligere å belyse arkitekturen har jeg studert skriftlig materiale der Ole Øvergaard selv formulerte synspunkter om sykehusarkitekturen, i artikkelform eller som presentasjon av egne byggverk eller i fordrag.

Sentralt for forståelsen av arkitekturen har vært å se Øvergaards verk i forhold til samtidens arkitekturidealer. I den sammenheng har det vært nødvendig å opparbeide gode

kunnskaper om den nyklassisistiske og modernistiske arkitektur. Størstedelen av Øvergaards arkitektur var innen disse stilretningene.

Videre i oppgaven har jeg studert hvordan Øvergaards sykehusbygninger forholdt seg til gjeldende medisinsk teori og vitenskap og dette miljøets kunnskaper og krav til sykehusbygningene. Under arbeidet med kildemateriale oppdaget jeg at sykehusarkitekturen opptok mange yrkesgrupper. Spesielt på 1930-tallet utspilte det seg omfattende debatt, i form av artikler og innlegg i forskjellige tidsskrifter og på fagkonferanser med sykehusarkitektur som tema. Interessant er det at deltakerne i debatten ikke bare var arkitekter, men også helsepersonell. Innsamling og kartlegging av dette kildemateriale har vært et omfattende arbeid, men en forutsetning for å kunne vurdere Øvergaards sykehusarkitektur fullt ut.

Kildemateriale

I et arkitekturhistorisk studie vil bygningsmassen alltid være en viktig kilde. En stor del av arbeidet med kildematerialet har derfor vært å reise til de forskjellige byer for å studere sykehusbygningene slik de står i dag.

Samtlige av bygningene jeg oppsøkte var ombygget eller hadde fått nye bruksområder. Bygningenes interiør var totalt forandret, mens eksteriøret til en viss grad var bevart i form av vindusåpninger og deler av fasadene. På sykehusbygningen i Tønsberg var det imidlertid gjort svært store forandringer; nye vindusåpninger, ny kledning, utbygget og deler av bygget var revet. Dette medførte at jeg i arbeidet med denne bygningen bare har brukt arbeidstegninger og bildemateriale som kildegrunnlag.

Da jeg begynte å arbeide med en oppgave om Ole Øvergaard var tanken opprinnelig å skrive om Det Norske Radiumhospital. Utgangspunktet var den presentasjon av Radiumhospitalet Ole Øvergaard publiserte i Byggekunst i 1932. Da jeg søkte etter flere kilder, viste det seg imidlertid at kildemateriale nesten ikke fantes. Det var ingen arkiv etter Øvergaard og Norsk Arkitektmuseum har erklært Øvergaards arkiver for tapt. Jeg gjorde søk på Norsk arkitektmuseum, Oslo bymuseum, Oslo byarkiv, Riksarkivet, Oslo Plan- og bygningsetat, Byggekunst, Norske Arkitekters Landsforbunds private arkiver og Radiumhospitalets private arkiv. Mine søk var resultatløse og medførte at jeg måtte forandre oppgavens tema og problemstilling.

Fra de respektive kommunearkiv har jeg hentet grunn- og fasadetegninger. I tillegg til dette har jeg også funnet en del av Øvergaards arbeidstegninger og kommunale sakspapirer i

tilknytning til byggeprosessen, som løpende notatførsel til byggemelding ved byggets ferdigstillelse. For sykehuset i Kristiansand fant jeg også arkitektkonkurransens program, konkurranseutkast fra de arkitekter som deltok og sykehuskomiteens bedømmelse av de innkomne forslag.

For å få et inntrykk av sykehusarkitekturen generelt har artikler som omhandler norsk medisinalhistorien vært nyttig. I tillegg har det vært lærerikt å lese lokalhistorie om de forskjellige sykehusanleggs utvikling. Lokalhistoriske verker har i større eller mindre grad tatt for seg bygging og utvidelse av det lokale sykehus, men kun sett fra lokalsamfunnets interesse. Disse verk har ikke behandlet arkitekturen i særlig grad. Jeg har videre studert den lokale pressedekning av de forskjellige sykehusene, resultatet av dette har vært varierende. Kristiansand sykehus hadde bred pressedekning, de andre sykehusene forholdsvis lite. Enkelte av avisartiklene inneholdt bedømmelser og vurderinger av de nye sykehusene. Dette har vært viktig for å forstå hvorledes samtiden oppfattet Øvergaards sykehusarkitektur. Jeg fant i Vestfold fylkesarkiv et foredrag som Ole Øvergaard holdt i forbindelse med utbyggingen av Tønsberg sykehus i 1936. I foredraget presenterte han egne tanker om sykehusarkitekturen.

Annet forskningsmateriale som har vært viktig for oppgaven har vært artikler og foredrag skrevet på 1930-tallet. I den forbindelse bør doktorgradsavhandlingen til den svenske arkitekten Gustaf Birch-Lindgren fra 1934 nevnes; *Svenska lasarettbyggnader*. Tidsskrift i fra mellomkrigstiden som behandlet tema sykehusarkitektur har også vært et viktig kildegrunnlag. De viktigste tidsskriftene var: Byggekunst, Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, Norsk Sykehistidende, Meddelelser og Sykepleien – organ for norsk sykepleierske-forbund.

Jeg har også brukt muntlige kilder. I Tønsberg har jeg vært i møte med Historielaget ved Sentralsykehuset i Vestfold. Her intervjuet jeg tre overleger som alle hadde hatt sitt virke i Øvergaard sykehusbygg. Jeg har hatt møte med representant fra Historisk gruppe ved Sarpsborg sykehus, som blant annet stilt sykehusets private fotomateriale til min disposisjon.

I Kristiansand intervjuet jeg Reidun Braathen, anestesisykepleier som begynte å jobbe ved Kristiansand sykehus i 1977. Hun var initiativtaker og grunnlegger av medisinhistorisk museum ved Sentralsykehuset Sørlandet. I forbindelse med flytting av Kristiansand sykehus, fra bygningene i Tordenskjoldsgate til nytt anlegg på Eg i 1988, tok hun videoopptak av den gamle sykehusbygningen. Bilder fra disse filmene har vært nyttig i mitt studie av sykehuset i Kristiansand.

Tidligere forskning

Avhandlingens tema; arkitekt Ole Øvergaard og norsk sykehusarkitektur, er et område det er forsket lite på. Øvergaard er tidligere ikke valgt som tema for forskningsoppgaver, men han nevnes i litteratur om funksjonalismen, i kunstnerleksikon og arkitekturleksikon.

Det er skrevet noe om norsk sykehusarkitektur. En gjennomgang av tidligere hovedoppgaver levert ved norske universiteter viser at sykehusarkitektur er valgt som tema en gang. Ved Universitetet i Bergen ble det i 1993 levert en hovedfagsoppgave med tittel: *Fra hus for syke, til sykehus*. Oppgaven tok for seg norske sykehus bygget på 1800-tallet.

Det er lite forskning som, med utgangspunkt i arkitekturhistorien og arkitekturteorien, tar for seg sykehusarkitekturen. Noe større samlet oversikt over norsk sykehusarkitektur har, så vidt jeg har erfart, ikke vært skrevet. Det er imidlertid publisert en del artikler som tar for seg sykehusenes rolle og utforming, der utgangspunktet har vært forskjellige ståsteder i medisinen. Spesielt norsk medisinalhistorie har vært aktuell. Her blir sykehusene drøftet i forhold til gjeldende samfunnsnormer og medisinske vitenskap. En viktig bidragsyter innen dette feltet er Øivind Larsen, professor i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo.

Går én tilbake i tid, finnes studier av sykehusenes utforming. Disse ble skrevet da sykehusene ble bygget, og speiler derfor samtiden og hvilke problemstillinger som var aktuelle da byggeprosjektet ble realisert. To tekster har vært viktig for avhandlingen. Arkitekten Gustaf Birch-Lindgren doktorgradsavhandling der han tok for seg sykehusets nære historie og utvikling på begynnelsen av 1900-tallet. En annen viktig tekst er Florence Nightingales *Notes of Hospital*, skrevet i 1863. Til tross for at hun tilhørte en annen tid og hadde en annen sykdomsoppfatning, er mange av hennes teorier om sykehusarkitektur fremdeles aktuelle.

Byggekunst hadde i årene 1932, 1954 og 1979 sykehus som tema for ett av sine numre. Disse utgivelsene ga en presentasjon av nyoppførte sykehus. I 1932 og 1954 hadde tidsskriftet også artikler som tok for seg sykehusarkitektur på et mer generelt grunnlag, Øvergaard var en av bidragsyterne med en artikkel i 1954-numret.

Fra debatten om sykehusarkitektur som utspant seg på 1930-tallet var det spesielt noen tekster som presenterte systematisk forskningsarbeid på området. Dette var tekster som: *Råd og veiledning for opførelse av sykehus*, et særtrykk utgitt av Norsk Sykehustienende skrevet av Carl Thune-Larsen, arkitekt ved Statens Bygningsinspektorat, forvalter L. Bakstad og dr.med. O. Rømcke. *Enkelte bemerkninger om planleggelse av sykehusbygging fra medisinsk synspunkt*, av overlege og direktør ved Rikshospitalet fra 1930, professor Johan Holst, og

Sykehusbygningers innredning – noen erfaringer, en artikkelserie skrevet av redaksjonen i Norsk Sykehustidende i 1934.

To definisjoner

Modernisme

Når man skal forholde seg til modernismen må man skille mellom to nærliggende begreper: modernitet og modernisme. Mens modernitet refererer til en generell bestrebelse på å være moderne, refererer modernisme til en bestemt form for modernitet klart avgrenset til en periode i arkitekturhistorien, deler av 1920-tallet og 1930-tallet.

Modernismen hadde mange ulike betegnelser. I Tyskland snakket man om neues Bauen og neue Sachlichkeit. I USA gikk den nye arkitektur under betegnelsen The International Style. De skandinaviske landene brukte begrepet funksjonalisme.

De forhold som ble rommet i begrepet, var noe forskjellig. Mens man i USA utelukkende var opptatt av formspråket, var de tyske modernister mindre opptatt av det estetiske. For dem var arkitektens sosiale ansvar, hvordan man ved hjelp av rasjonelle løsninger kunne skape økonomisk og sosialt gode løsninger, det viktigste.¹

Til tross for forskjeller i oppfatningen av modernismens innhold, var det karakteristiske elementer som var felles for arkitekturen som ble bygget. Arkitekturen var bygd opp av volumer, vinduene var åpninger uten rammeverk omkring, gjerne satt i sammenhengende bånd. Andre kjennetegn var flate tak og frie planløsninger. Philip Johnson og Henry-Russell Hitchcocks utstilling "The International Style" på Museum of Modern Art i 1932 var illustrerende for formspråket. Johnson og Hitchcock mente at hovedprinsippene for den nye arkitektur var: volum isteden for masse, regularitet isteden for symmetri og bygningen skulle være fri for dekorasjoner.²

Sykehus

Sykehusene slik vi kjenner dem vokste fram på slutten av 1700-tallet. En forløper for sykehuset var Allmennhospitalene som eksisterte blant annet i Frankrike, l'Hôpital general, på 1600-tallet. Lignende institusjoner var det engelske Workhouses og det tyske Zuchthäuser. Allmennhospitalet var i hovedsak et tiltak mot arbeidsløshet, fattigdom og store grupper

¹ Nils-Ole Lund: "Modernismebegrabets afgrænsning", I Hansen og Bech-Danielsen (red.): Modernismens genkomst – en antologi, 2001.

² William J.R. Curtis: Modern architecture since 1900, 2005.

tiggere som holdt til i byene. Fattige syke fikk også plass på allmennhospitalet, men det var ingen skille mellom de syke og øvrige fattige. Dette var ingen medisinsk institusjon, snarere en måte å internere og kontrollere byenes slum på.

Den franske revolusjon førte med seg store forandringer i allmennhospitalenes funksjon og struktur. Hospitalene ble etter dette medisinske institusjoner ledet av leger. I disse institusjoner ble det lagt mer vekt på pleie og behandling enn på oppbevaring. En riktigere benevnelse ville vært ”sykehus”, men begrepet ”hospital” dominerte også som betegnelse på 1800-tallets sykeinstitusjoner. Den medisinske vitenskap var imidlertid ikke kommet langt, så disse institusjonene hadde lite behandling å tilby utenom pleie. Disse sykehusene ble viktige i utviklingen av den vitenskapelige funderte medisin.³

³ Erik Falkum og Øivind Larsen: Helseomsorgens vilkår – Linjer i medisinsk sosialhistorie, 1981.

ARKITEKT OLE ØVERGAARD

Ole Øvergaard ble født i Glemmen 29.november 1893. Han giftet seg med Ragnhild Bache-Wiig i 1918.⁴ I 1928 tegnet Øvergaard parets hjem, en villa på Fornebu-landet i Bærum.⁵ Øvergaard ble boende i Bærum fram til sin død 30.juni 1972.

Øvergaard gikk på Fredrikstad skole. Tegneundervisningen på skolen ble ledet av artillerikaptein Johan Paaske, flere av hans elever ble senere arkitekter. Øvergaard kom i løpet av disse skoleårene til å stifte bekjentskap med Gudolf Blakstand, Otto L. Scheen og Ove Bang.⁶ Etter å ha tatt Examen artium i 1912, ble Ole Øvergaard elev ved bygningsingeniørlinjen på NTH, 1912-13. Deretter gikk han videre på arkitektavdelingen der han ble uteksaminerte i 1916.

Det første året etter endt utdannelse, 1916-17, var Øvergaard assistent hos Magnus Poulsson i Kristiania, videre var han et år som assistent hos Olaf Nordhagen i Trondheim. I 1918 ble han ansatt som leder for Union og Co`s arkitektkontor, Union Sliperi og Papirfabrikk i Skien. Året 1922 flyttet han til Oslo der han startet egen arkitekturpraksis, de første årene sammen med Lars Backer.⁷

Som arkitekt hadde Ole Øvergaard et bredt engasjement. Han jobbet for boligsaken, tegnet arbeiderboliger og skrev en rekke artikler. Et annet felt der han viste stor interesse var kulturminnevernet, spesielt i forhold til de norske stavkirkene. Det var imidlertid som sykehusarkitekt at Øvergaard skulle utmerke seg.

I tillegg til å virke både som arkitekt og artikkelforfatter hadde Ole Øvergaard en rekke verv, blant annet som president i norske arkitekters landsforbund i 1956, fagredaktør i Byggekunst i 1925, og styreformann i perioden 1926-28. Han var styremedlem i Den Norske Sykehusforening 1937-38, og medlem av Statens sykehusråd fra 1946.⁸

Ole Øvergaard og hans engasjement i boligsaken, 1918-31

I årene 1918-31 var Ole Øvergaard sterkt engasjert i boligsaken. Hans engasjement på dette feltet nevnes for noe bredere å belyse hans interesse for sosiale byggeoppgaver.

⁴ Oscar Thue: Norsk kunstnerleksikon, bind 4, Oslo 1986, s.554.

⁵ Ole Øvergaard: "Arkitekt hjem IV. Eget hus, Fornebo", Byggekunst 1928, s.180-184.

⁶ Espen Johnson: Gudolf Blakstad og Herman Munthe-Kaas, avhandling hovedfag i kunsthistorie, Oslo, 1993.

⁷ Oscar Thue: Norsk kunstnerleksikon, bind 4, Oslo 1986, s.554.

⁸ Ibid, s.555.

Mens Ole Øvergaard ledet arkitektkontoret for Union og Co, 1918-22, tegnet han blant annet arbeiderboliger på Skotfoss og i Skien. Arbeiderboligene Sing-Sing i Skien (1919) var nyklassisistiske i formen, Ullevål haveby (1915-22) og Lindern (1917-20) må ha vært nære inspirasjonskilder. Småhusene på Skotfoss (1922) hadde et nasjonalromantisk formspråk, antakelig inspirert av Magnus Poulsson.⁹



Illustrasjon 1: Sing-Sing, Skien, 1919. Foto 1996.

I 1929 fikk han i oppdrag å tegne et boligkompleks i Åsengata

24b. Komplekset stod ferdig i 1931. Øvergaard tegnet dette for et kommunalt aksjeselskap. Åsengata var en videreføring av 1920-årenes arbeiderbolig, men representerte samtidig et brudd med det forutgående tiårs stilidealer. Blant annet anla han vaskerom med dusj innenfor kjøkkenet, isteden for i kjelleren som var vanlig. Hver leilighet var utstyrt med sentraloppvarming og gården hadde sentrale varmtvannsberedere.¹⁰

Formmessig hadde Øvergaard beveget seg bort fra nyklassisismen og over i



Illustrasjon 2: Åsengata, Oslo, 1931. Foto 1996.

funksjonalismen. Takene var flate og vinduene var satt inn som horisontale vindusbånd.

På 1920-tallet var Ole Øvergaard en av de drivende krefter i arbeidet med Østkantutstillingen. Østkantutstillingen ble etablert som forening i 1926 med boliginspektrise Nanna Broch som

⁹ Tore Brantenberg: Sosial boligbygging i Norge 1740-1990, Oslo 1996.

¹⁰ Harald Aars: "Oslo kommunes boligbygging", Byggekunst 1931, s.42-47.

initiativtaker og primus motor. På dette tidspunktet hadde det allerede blitt arrangert to utstillinger, én i 1923 og én i 1926, i lånte lokaler i biblioteket på Schous plass. Målet med østkantutstillingene var å vise frem *”vakre norske bruksgjenstande til billige priser”* og på den måten *”arbeide for å bringe skjønheten ind i selve hjemmene”*,¹¹ skrev Nanna Broch i et brev til Deichmanske bibliotek 1.oktober 1923. Utstillingene ble støttet av en rekke norske kulturpersonligheter: Henrik Sørensen, Arnstein Arneberg og Ulrikke Greve for å nevne noen.

Da foreningen ble stiftet i 1926 ble Ole Øvergaard valgt til styremedlem. I styret satt også arkitekt Jacob Christie Kielland og kommunepolitiker Sigrd Syvertsen, som var formann i Det Norske Arbeiderpartis kvinnesekretariat. Den nye foreningen ønsket raskt å få reist et permanent utstillingslokale. Fra Oslo formannskap fikk de tillatelse til å reise et lite hus på Ankertorget. Det var Øvergaard som tegnet utstillingsbygningen. Husets fasade- og planløsning lå nært opptil arbeiderboligene han tegnet for Skotfoss bruk.

Som forening ble Østkantutstillingen liten, men den fungerte som et samlingspunkt for personer og organisasjoner engasjert i boligsaken. De var hovedsakelig representanter fra arbeiderbevegelsen, lærere og arkitekter.¹²

Ole Øvergaard viste i sin arkitektgjerning at han var sosialt engasjert. Studerer én hans arkitektur, er det nærliggende å tro at nettopp dette engasjementet lå til grunn for de valg og prioriteringer han gjorde. At han vant to arkitektkonkurranser for oppførelse av sykehusbygg, kan ha påvirket hans valg av virksomhetsområde. Utvilsomt tilhørte byggeoppgavene innenfor helsesektoren en av de viktigste oppgavene i oppbygningen av velferdsstaten.

Ole Øvergaards sykehusarkitektur

I Byggekunst sitt temanummer fra 1954 omtales Ole Øvergaard som: *”en ubestridt autoritet på sykehusbygg i vårt land (.) har i en mannsalder arbeidet med sykehusoppgaver og kjenner fra sine mange byggeoppdrag de forskjellige almene og stedlige behov som følger med store og små sykehus på alle kanter av landet”*.¹³

Begynnelsen på denne ”autoritet” som han her ble omtalt som startet med Radiumhospitalet og Kristiansand sykehus. Dette var Øvergaards gjennombrudd både som arkitekt og sykehusarkitekt.

¹¹ Morten Bing: *østkanthjemmene og østkantutstillingen*, Norsk folkemuseum 2001, s.133 – Brev til tilsynsutvalget for Det Deichmanske bibliotek, datert 1.oktober 1923. PA 608-1.

¹² Morten Bing: *østkanthjemmene og østkantutstillingen*, 2001.

¹³ Red.: ”Sykehusarkitekten”, *Byggekunst*, nr.3, 1954, s.57

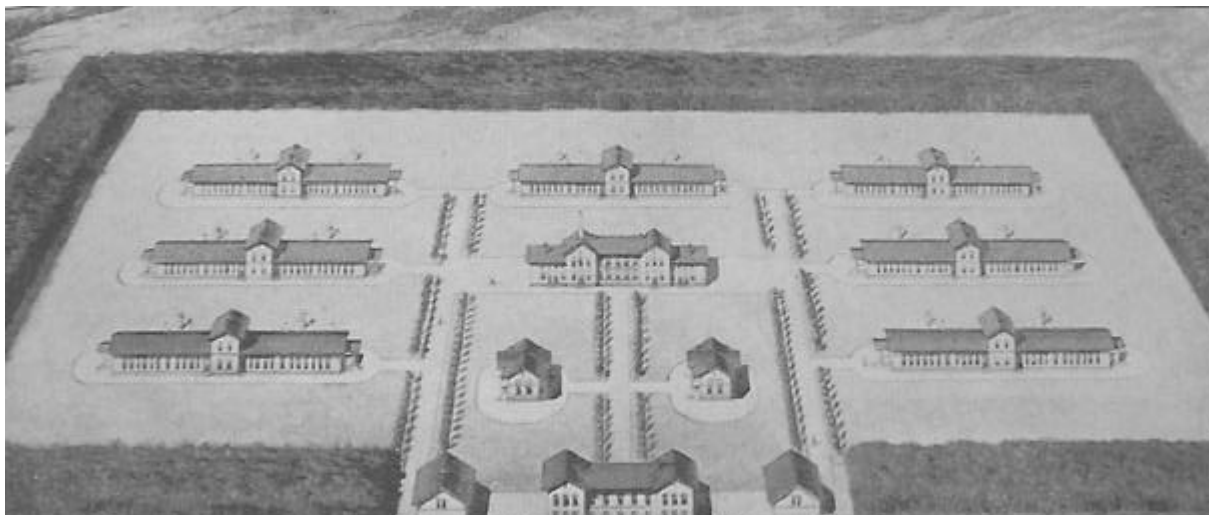
Han fikk ut over 1930-tallet ytterligere sykehusoppdrag. De siste sykehusene han tegnet på 30-tallet, stod ferdig i 1941. Under krigen ble ingen av Øvergaard's sykehus oppført. Han var imidlertid i gang med Halden sykehus før krigens utbrudd, og han benyttet krigsårene til en del hemmelig prosjektering på forskjellige tomter. Selve byggingen av sykehuset i Halden kom først i gang 1947. I 1952 ble sykehuset åpnet for pasienter.¹⁴ Dette sykehuset og andre sykehus han tegnet etter krigen ligger utenfor rammen for denne avhandlingen.

Sykehusarkitekturen – synspunkter og debatt på 1930-tallet

Debatten om sykehusarkitektur som pågikk på 1930-tallet hadde aktører både med arkitekturfaglig bakgrunn og med bakgrunn fra helsevesenet. Arkitektene som var engasjert hadde som oftest spesialisert seg på å tegne sykehusbygg. De viktigste aktører med helsefaglig bakgrunn var leger og sykehusforvaltere. Enkelte sykepleiere deltok også.

Debatten pågikk i tidsskriftene og i form av felles konferanser og studieturer. De forskjellige yrkesgrupper skrev og var aktive også i hverandres fora. Det ble dermed skapt en debatt som spente over store fagområder og bred erfaring.

Det skjedde store forandringer i europeisk sykehusarkitekturen på begynnelsen av 1900-tallet. I løpet av 1920-tallet gikk man etter impulser fra USA, bort fra paviljongsystemet, som hadde vært dominerende innen hospitalarkitektur på 1800-tallet. Det nye var å bygge i blokker.¹⁵



Illustrasjon 3: Eksempel på paviljongsystemet, Adolf Schirmers epidemiavdeling, Ullevål sykehus, 1885.

¹⁴ Bjørn Enger: "Sykehusene i går og i dag", i John Arne Balto (red.): Norsk sykehusarkitektur, årbok fortidsminneforeningen 2000, Oslo 2000, s. 138.

¹⁵ Å bygge hospitaler i en "blokktype" var i og for seg ikke nytt, men gjort også tidligere i historien, blant annet i renessansens Italia, da gjerne utstyrt med loggia og en indre gård med kolonnade. Dankwart Leistikow: Ten Centuries of European Hospital Architecture, 1967.

Paviljongsystemet ble utviklet midt på 1800-tallet og hadde vært et svar på den tids smitteteori, miasmeteorien. Man trodde at sykdom lå i den dårlige luften som var på sykehusavdelingene. For å imøtegå dette problemet valgte man en arkitektonisk løsning med sengepostene i en-etasjes bygninger. For å sikre en god ventilering var sengepostene i tillegg spredt over et stort område.¹⁶ Da man på 1920-tallet begynte å gå bort fra paviljongsystemet til blokksystemet, hadde dette flere årsaker. For det første ble det begrunnet med en forandring i smitteteorier. Dette bygget på flere oppdagelser mot slutten av 1800-tallet, der en stadfestet at det var bakterier som forårsaket sykdom. I 1873 oppdaget den norske lege Gerhard Henrik Armauer Hansen leprabakterien som forårsaket spedalskhet, tyskeren Robert Koch oppdaget tuberkelbasillen i 1882 og *Vibrio Cholerae* (kolera) i 1883. Koch stadfestet dessuten at det var bakterier som forårsaket sårinfeksjoner.¹⁷

Arkitekt Gustaf Birch-Lindgren satt i sin doktorgradsavhandling fra 1934 også fokus på en annen faktor som fikk betydning. Begynnelsen av 1900-tallet hadde vært en tid med mange medisinske nyvinninger, dette virket inn på pasienttilværelsen. Tidligere kunne pasientene ligge uker i ro. Utviklingen gjorde at det i større grad enn før var nødvendig å transportere pasientene til røntgen, bad, operasjon, kardiografiske undersøkelser for å nevne noe. Dette førte til et stort behov for enkle forbindelseslinjer. Samtidig med disse nye behovene, poengterte Birch-Lindgren, ga nyvinninger på det bygningsteknologiske feltet flere nye muligheter, blant annet til å bygge i høyden. Spesielt viktig var utviklingen av heiser, som medførte at man lett forflyttet pasienten i vertikale ledd.¹⁸

Opplysninger i kildematerialet tyder på at det var enighet om at det var arkitekten som skulle ha det øverste ansvaret for utformingen av sykehusene. *”Er det noget i veien med sykehuset, er lægen selvfølgelig den som vet, hvor skoen trykker; men for å finne ut den beste måte å avhjelpe manglene på, må han nok søke arkitekten”*¹⁹, skrev Thune-Larsen i en artikkel i Tidsskrift for Den Norsk Lægeforening, 1932. Overlege Andersen ved Kristiansand sykehus fremholdt også, under byrådsforhandlinger i 1930, viktigheten av å bruke arkitekt for oppførelsen av sykehuset i Kristiansand. Arkitekten måtte imidlertid sette seg inn i sykehusdriften og ha samarbeid med mange andre yrkesgrupper om sykehusarkitekturen skulle bli best mulig.

¹⁶ De eldste delene av Ullevål sykehus som stod ferdig i 1887 var anlagt etter paviljongprinsippet.. demonstrerende var Adolf Schimers plan for epidemiavdelingen fra 1885, Øivind Larsen, i Norsk sykehusarkitektur – årbok 2000 Fortidsminneforeningen, Oslo, 2000, s.19.

¹⁷ Magne Nylenna: Store medisinske leksikon I-M, 1998, s.227-228.

¹⁸ Gustaf Birch-Lindgren: Svenska lasarettbyggnader, 1934.

¹⁹ C. Thune-Larsen: ”Økonomisk modernisering og utvidelse av sykehus”, Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 1932, s.120.

Arkitekt Thune-Larsen tok opp problemstillingen i Byggekunst i 1934. Han mente at arkitekter som skulle tegne sykehus måtte være spesialister på dette, de *"må kjenne lægenes arbeidsmetoder, søstrenes daglige og mangfoldige gjøremål, administrasjonens spesielle krav og patientenes ønsker og rettigheter"*²⁰. Gustaf Birch-Lindgren fremhevet det samme da han i et foredrag i 1938 sa: *"En oundgänglig förutsättning för ett gott resultat är därför, att ett samarbete etableras icke endast med de läkare utan även med de sjuksköterskor, vilka hava sitt arbete i de respektiva avdelningarna"*²¹.

Det ble også viktig for arkitektene å ha samarbeid med forskjellige ingeniører. Ingeniørene hadde ansvar for viktige områder på et sykehus som elektriske installasjoner, varme og sanitæranlegg.

Ole Øvergaard forholdt seg aktivt til dette. Hyppig korrespondanse mellom han og overlege Andersen i Kristiansand vitner om et omfattende samarbeid under byggeprosessen. At Øvergaard var opptatt av et samarbeid mellom arkitekt og sykehusets betjening poengtert han ytterligere i en artikkel publiserte i 1954: *"Arkitektens beste og mest verdifulle medarbeidere blir som regel eldre overleger med stor menneskelighet og utstrakt erfaring i administrasjon av sykehus."*

*Men slike herrer er sjeldne dyr."*²²

8.november 1937 ble Den Norske Sykehusforening konstituert. Foreningen avholdt årsmøte året etter. Ole Øvergaard ble da valgt til styremedlem.²³ Dette ble starten på et livslangt medlemskap, og en stadfesting av hans engasjement for sykehussaken.

Den Norske sykehusforening ble et forum for sykehussaken. I deres medlemsblad "Meddelelser" ble det publisert foredrag og artikler som omhandlet sykehusenes arkitektur og interiør. I 1938 arrangerte foreningen en studiereise til svenske sykehus. I mai samme året ble det avholdt et seminar med foredragsholdere som professor Johan Holst: *Enkelte bemerkninger om planleggelse av sykehusbygging fra medisinsk synspunkt*. Og av Gustaf Birch-Lindgren, *Vårt sjukhusbyggande och dess aktuella problem*.

Artikler som Øvergaard publiserte i Byggekunst i løpet av 1930-tallet var alle beskrivelser av egne sykehus. Først i 1954 publiserte han en artikkel som tok for seg generell betraktninger

²⁰ C. Thune-Larsen: "Sykehusbygging og arkitektens kvalifikasjoner", *Byggekunst*, 1934, s.194.

²¹ Gustaf Birch-Lindgren: "Vårt sjukhusbyggande och dess aktuella problem", *Byggekunst*, 1938, s.123.

²² Ole Øvergaard: "Enkelte betraktninger over sykehusbygging", *Byggekunst*, nr.3, 1954, s.64.

²³ Foreningen ble konstituert av representanter fra Administrerende Sykehuslægers landsforening, Nasjonalforeningen mot Tuberkulosen, Norske Arkitekters Landsforbund, Norsk Ingeniørforening, Norske kvinners sanitetsforening, Norsk sykepleierskeforbund, Politeknisk forening ved Norsk Sanitær og Varmeteknisk Forening, Sykehusforvalternes Landslag og Tekniske Konsulenters Forening.²³ *Byggekunst* 1938, tillegget, s. 22.

om sykehusbygg. Denne artikkelen ble en oppsummering av de problemstillinger han hadde tatt for seg i de forskjellige presentasjoner av sykehusbygg fra 1930-tallet.

KRISTIANSAND SYKEHUS

I 1930 hadde bystyret i Kristiansand en oppgradering av det kommunale sykehuset til behandling. At det gamle sykehusbygget var i en elendig forfatning var det enighet om, derimot var det uenighet om hvor meget man var villig til å betale for en forandring. Det fantes to alternativer: å bygge et nytt sykehusanlegg på et område i Baneheia, eller en ny kirurgisk avdeling i tilknytning til det eksisterende sykehuset i Tordenskjoldsgate. Kristiansand sykehus sin overlege Kristen Andersen var tilstede for å orientere ved bystyreforhandlingene. Han anbefalte nybygging, men understrekte at planlegging og byggeprosess måtte settes i gang raskt uavhengig av hvilken løsning som ble valgt. 11.april 1930 vedtok bystyret at det skulle bygges nytt på sykehustomta i Tordenskjoldsgate, og at de nødvendige midler skulle stilles til disposisjon.²⁴

Sykehuset i Kristiansand – et historisk tilbakeblikk

Kristiansand by hadde hatt sykehusdrift siden begynnelsen av 1700-tallet. Allerede i 1662 ble det bestemt at det skulle opprettes et hospital. Først i 1708 ble det gitt en pengegave som gjorde det mulig å reise hospitalet. Hospitalet ble anlagt i Hospitalgaten, senere Tordenskjoldsgate. I 1812 ble det i tilknytning til hospitalet bygget et Dollhus. Dette huset var til behandling av psykiatriske pasienter. Benevnelsen ”Doll” kom fra det tysk ”toll” som betydde gal.

Et stykke lenger bort i Tordenskjoldsgate, i vestlig retning, tok man i 1803 i bruk en gammel rikmannsbolig som ble gjort om til fattighus. I 1816 kjøpte fattigvesenet også nabohuset som var eid av skipper Dahl. Huset ble hetende det Dahlske hus.

I 1846 ble Kristiansand herjet av en nervefeberepidemi. I mangel av sykehusplasser ble det da vedtatt å innrede det Dahlske hus og Fattighuset til sykehus. Fra 1847 til 1934 var det disse to bygningene som utgjorde Kristiansands kommunale sykehus. Ole Øvergaards sykehusbygning ble anlagt på samme tomta, og sto ferdig i 1934. Fattighuset fikk etter det funksjon som ren medisinsk avdeling. Det Dahlske hus var sykehusets økonomikontor inntil det ble revet i 1960-årene for å gi plass til en utvidelse av sykehuset.²⁵

²⁴ ”Kristiansands nye sykehus skal bygges paa den nuværende sykehustomt”, Fædrelandsvennen, lørdag 12.april 1930.

²⁵ Opplysninger til avsnittet er innhentet fra Reidun Braathen ved intervju og fra hefte forfattet av henne: Museet ved Vest-Agder Sentralsykehus, 1998, Vest-Agder Sentralsykehus.

Arkitektkonkurranse – deltagere og program

30.august 1930 mottok formannskapet i Kristiansand et brev fra byggekomiteen for det nye sykehuset. Komiteens leder var overlege Kristen Andersen. Brevet var et referat fra komiteens behandling av arkitektspørsmålet i anledning av Kristiansand nye sykehus. Komiteens flertall gikk inn for å henvende seg til tre arkitekter for å innhente forslag til planer og tegninger for det nye sykehuset. Komiteens mindretall, bestående av overlege Andresen, mente at kommunen heller burde henvende seg til en erfaren sykehusarkitekt og få han til å utarbeide tegninger og siden delta i nybyggingen. Andersens syn var at i dette lå de beste muligheter for løse oppgaven på en hurtig og rimelig måte.²⁶

Overlege Andersen var i mindretallet og formannskapet gikk inn for komiteens flertall. 3.september 1930 stod å lese i Fædrelandsvennen at Kristiansands formannskap og sykehuskomité var kommet frem til enighet om tegninger for det nye sykehuset. Det ble ingen åpen arkitektkonkurranse. I stedet ble tre arkitekter invitert til å utarbeide tegninger for sykehuset. Arkitektene fikk honorar for sine arbeider, som ble kommunens eiendom.²⁷ 30.september 1930 sendte Komiteen for nybygning av sykehus ut forespørsel til tre arkitekter: Arnstein Arneberg, Victor Nordan og Ole Øvergaard.²⁸ Alle de tre arkitektene sa seg villig til å levere forslag for utforming av nytt sykehus.

Premissene for de arkitektoniske løsningene var blant annet at det nye sykehuset skulle bygges på det gamle sykehus sitt tomteareal. Den nye delen skulle være en kirurgisk avdeling, som inntil videre skulle fungere sammen med de gamle sykehusbygningene. Samspillet mellom de gamle og den nye sykehusbygningen var viktig og ble presisert i programmet som ble utarbeidet til arkitektene. Programets viktigste punkter var:

- Det skulle være sykerom til 70 pasienter. Det ble poengtert at sykehuset kun skulle ha en forpleiningsklasse. Pasientene ville få eneværelser bare når den medisinske tilstanden krevde det. For øvrig skulle pasientene fordeles på større sykeværelser. De største rommene kunne ha opptil seks senger. Det var også ønske om et oppholdsrom for pasientene.
- Nødvendig toalett, bad og garderobe for samtlige pasienter.
- Operasjonsavdeling med to saler og sterilisasjonsrom. Denne avdelingen måtte legges mot nord i en rolig del av bygningen.

²⁶ "Udkast til uttalelse til formandskabet fra byggekomiteen", sendt 30/8 30.

²⁷ "Der blir ingen arkitektkonkurranse om sykehuset", Fædrelandsvennen, onsdag 3.september 1930.

²⁸ Brev til "Hr. arkitekt Arneberg" fra "Komiteen for nybygging av sykehus", 30te september 1930.

- Røntgenavdelingen burde ligge i først etasje. Det burde være et stort venteværelse i forbindelse med denne avdelingen for å gi plass for både røntgenpasienter og utskrevne pasienter som kom tilbake for etterbehandling.
- Laboratorium for hele sykehuset.
- Nødvendige anretningsrom for oppvask.
- Det var ønskelig med en detaljert planlegging av sykehusets kjøkken og vaskeri. Sykehusets kjøkken og vaskeri lå i økonomibygningen. Sykehuskomiteens oppfatning var at slik kunne det fortsatt være, men den antydte i programmet at den nye kirurgiske avdelingen og økonomibygningen burde forbindes med hverandre ved en tunnel. Kjøkkenfunksjonene skulle dekke behovet til hele sykehuskomplekset som hadde omkring 120 pasienter, og dertil betjeningen. I tillegg skulle kjøkkenet også levere mat til det kommunale sinnsykeasyl som omfattet ca 35 personer. Vaskerifunksjonene skulle være for sykehusets 120 senger og tilhørende betjening.
- I den nye kirurgibygningen måtte det være værelser til deler av sykehusets personale: til to kandidater, til oversøster, to operasjonssøstre og tre avdelingssøstre. I tillegg ønsket man tre godt isolerte rom hvor sykehusets nattpersonale kunne sove på dagtid. Innkvartering av de øvrige sykepleierne så man for seg i en eldre bygning på sykehusområdet, bygning D. Denne bygningen hadde fungert som hjelpeavdeling til kirurgisk avdeling. Den nye kirurgiske avdelingen ville ha plass til samtlige kirurgiske pasienter, bygning D kunne derfor få et annet bruksområde.
- Det nye bygget måtte være utstyrt med verandaer for luft og solkur.
- Bygningen skulle ha sentraloppvarming, med to apparater som skulle være uavhengig av hverandre. Det minste skulle oppvarmes med koks og var tenkt som et reserveapparat.
- Bygningen måtte være utstyrt med en heis slik at sengeliggende pasienter kunne flyttes.

Avslutningsvis i programmet var det påpekt at sykehustomta lå i et trafikkert område. Sykehuskomiteen ønsket at arkitektene fant løsninger som skjermet sykehuset mest mulig fra gatebildet. Beplantning av området ble spesielt nevnt. Man ønsket også en liten hage for pasientene.²⁹

²⁹ "Program for nybygningen av sykehus", godtatt av formannskapet 20 novbr 1930.

Resultat av arkitektkonkurransen

De tre innkomne arkitektforslag hadde av sine arkitekter fått navnene: Lord Lister, Sydvendt og Quod bonum felix faustumque sit ("Gid det må bli til lykke og hell"). Det var det sistnevnt, Quod bodum, som Ole Øvergaard hadde tegnet.

Det var ikke nedsatt noen jury for å bedømme forslagene. Formannskapet ville selv treffe det endelige valget.³⁰ Sykehuskomiteen hadde i forkant vurdert forslagene og overlevert en innstilling til formannskapet. I innstillingen var det lagt spesielt vekt på de sykehus tekniske momenter. Bygningssjefen i Kristiansand hadde gitt sin vurdering av de innkomne forslag, da sett i forhold til bygningstekniske spørsmål.

Sykehuskomiteens innstilling tok innledningsvis for seg den estetiske side av bygningsforslagene. Det ble påpekt at ved et sykehus var den estetiske side underordnet den tekniske side. Man var allikevel opptatt av å få et vakkert bygg som kunne pryde byen. Innstilling tok videre for seg romforholdene. Det ble kort gjort rede for at det innen fagmiljøet var delte meninger om hvilke minstemål som burde legges til grunn for værelsene i et sykehus. Satt man ned romforholdene kunne dette føre til en reduksjon i byggekostnadene. Et annet moment som komiteen hadde lagt vekt på var dimensjonen på de indre korridorer. Etter komiteens oppfatning burde korridoren ha en bredde på minst 2,5 meter og være uten nisjer. Etter å ha behandlet plan og fasade på et mer generelt grunnlag ga komiteens innstilling en utfyllende kommentar til hvert forslag.

Sykehuskomiteen innstilte enstemmig Ole Øvergaards forslag, Quod bonum felix faustumque sit. De mente dette forslaget representerte de beste løsninger for Kristiansands nye sykehus.³¹ Estetisk mente komiteen at Quod bonum hadde en god løsning. Bygningssjefens innstilling støttet dette, han plasserte Quod bonum høyest hva gjaldt den estetiske utformingen av fasaden. Bygningssjefen påpekte imidlertid at bygningens plassering ville føre til at bygget ikke ville komme til sin fulle rett.³²

Hva gjaldt romforholdene hadde Øvergaard satt størrelsen mest mulig ned, for med dette å spare byggekostnader. Han hadde gjennomarbeidet romforholdene grundig. For å undersøke om rommene var brukelige hadde han detaljtegnet rommene med alt inventar i målestokk 1:100. Komiteen kommenterte dette i sin innstilling: *"Han har ved dette*

³⁰ Brev til "Hr. arkitekt Ole Øvergaard", 14 oktbr 1930.

³¹ Komiteens innstilling, 1931.

³² Brev fra "Bygningssjefen i Kristiansand" (Helge Blix) til "Komiteen for nybygning av sykehus i Kristiansand", 21 mai 1931.

*detaljstudium overbevist sig om, at hans rumansettelse er brukelig, men at den på ingen måte er luksuriøs”.*³³

Bredden på korridoren i Quod bonum var i samsvar med sykehuskomiteens oppfatning på 2,5 meter. Det var ingen nisjer i korridoren.

I sin videre utfyllende kommentar trakk komiteen frem Quod bonum spesielt. Dette forslaget skilte seg på fra de to andre. For det første hadde Øvergaard valgt å fordele pasientene på to poster, i 2. og 3. etasje. Den ene posten var tenkt til kvinner, den andre til menn. De to andre arkitektforslagene opererte med tre poster fordelt på tre etasjer. Komiteen refererte her direkte til Ole Øvergaards overveielser i spørsmålet om hva som var mest hensiktsmessig av to eller tre poster. Øvergaard mente at anla man tre poster, var for det første dette dyrere å bygge, man trengte dermed et tredje sett birom: tekjøkken, vaktrom osv. For det andre, påpekte han, ble driften av et sykehus med to poster billigere enn driften av tre poster. I første etasje anla Øvergaard behandlingsrom, kontorer og værelse til oversøsteren. Komiteen kommenterte at plassering av oversøster i første etasje var hensiktsmessig. På Kristiansand sykehus var oversøster også sykehusets forvalter. Bodde hun i første, var hun lett å få tak i for folk som ville konferere med henne.

Fjerde etasje var i forslaget til Øvergaard anvendt til operasjonsavdeling, fem søsterværelser og tre værelser til nattsøstre. Om dette skriver sykehuskomiteen i sin innstilling: *”I fjerde etasje er ennvidere på en meget heldig måte anbragt de søstre som må bo i sykehuset. Man kunde muligens nu anføre, at så kommer jo også her operasjonssøstrene nær operasjonsstuen. Dette gjør de også på en måte. Ser man nærmere på tegningen vil man imidlertid bemerke at de er ganske annerledes isolert en tilfellet er i forslaget Sydvendt”.*³⁴ Overlegens private kontor hadde Øvergaard anlagt i nærheten av operasjonsavdelingen, men med fri adgang ut til en åpen korridoren.

I kjelleretasjen til Øvergaards forslag var sykehuskomiteen spesielt opptatt av kjøkkenavdelingen. Arkitektkonkurransens program la opp til at man skulle beholde, men oppgradere, kjøkkenet som lå i økonomibygget. To av arkitektene valgt imidlertid å erstatte det gamle kjøkken til fordel for et nytt anlagt i nybyggets kjelleretasje. Ole Øvergaard var en av arkitektene som hadde valgt en slik løsning. Øvergaard hadde i sitt forslag gitt en grundig redegjørelse for hvorledes han så for seg det nye kjøkkenet. Komiteen sa seg helt enig arkitektens bemerkninger om innredningen av kjøkkenet: *”man får et meget sterkt inntryk av, at forf. har et inngående kjennskap til disse ting og kan skaffe os det mest moderne og det i funksjon billigste på en heldig måte. I en ganske særlig grad fester man opmerksomheten ved*

³³ Komiteens innstilling, 1931, s.2.

³⁴ Ibid, s.10.

hans vurdering av opvaskproblemet. Den er helt riktig. Det samme gjelder også ombringelse av maten.”³⁵ Komiteen henviste til Bygningschefen for videre vurdering hva gjaldt dette området.

Sykehuskomiteen ga på slutten av sin innstilling en redegjørelse på hva de så på som mangler ved forslagene. De fleste mangler i samtlige konkurranseutkast må ses i forhold til konkurranseprogrammet som på enkelte områder var lite detaljert. I programmet stod det at blant annet at det skulle være det nødvendige antall toalettrom og garderober til pasientene. I sin innstilling kritiserte komiteen samtlige forslag for å ha for få toaletter. Spesielt var de i dette henseende kritisk til Quod bonum som hadde store sengeposter. Quod bonum ble også kritisert for ikke å ha et særskilt mottagelsesbad. Dette var heller ikke nevnt i programteksten. Mottakelsesbad var hensiktsmessig, påpekte komiteen i sin innstilling. Sykehuset fikk av og til inn pasienter som var i en så dårlig forfatning at man ikke ønsket å ta dem inn i et ordinært bad. Det tredje komiteen etterlyste var oppbevaringsrom for pasientenes medbrakte tøy og utstyr tilhørende operasjonsavdelingen. Quod bonum var det forslaget hvor det var lagt minst til rette for dette.

Sykehuskomiteen rangerte ikke de to andre forslagene i forhold til hverandre. Men med tanke på det rent sykehus tekniske fremgikk det av innstillingen at forslaget Lord Lister var å foretrekke framfor Sydvent. Lord Listers estetiske utformingen av fasaden mente imidlertid komiteen hadde den dårligste løsningen. Sykehuset hadde for mye form av en kasse, ble det hevdet. Man mente at dette i lengden ville virke kjedelig.³⁶

Hva gjaldt den indre organisering hadde Lord Lister sengepostene fordelt på 1, 2 og 3.etasje. 1.etasje skulle fungere som en slags ”pufferavdeling” hvor man tillot en blandet pasientgruppe av kvinner og menn. 2. og 3.etasje var forbeholdt hvert kjønn. Sykeværelsene var i forslaget større enn i de andre to forslagene, noe komiteen så på med velvilje. Også i dette forslaget ble det påpekt at antall pasienttoaletter var noe knapt. Korridorbredden var på 2,6 meter.

En del av 3. og 4.etasje var i forslaget forbeholdt boliger til personalet. 2.etasje hadde foruten sengeposten rom til operasjonsavdelingen, dagligstue og røykerom. Forslaget ble kritisert for plasseringen av operasjonsavdelingen. Kom bygningen ut i terrenget ville avdelingens vinduer ligge i høyde med den omkringliggende bebyggelse. Dette ville gi mulighet for sjenerende innsyn. Sykehuskomiteen var også kritiske til at dagligstuen og røykeværelse lå for nær operasjonssalene, *”Røykeværelset må uten skade kunne henlegges til*

³⁵ Komiteens innstilling, 1931, s.11.

³⁶ Komiteens innstilling, 1931.

*skyggesiden, idet man må kunne gå ut fra at de der tilstedeværende nydelser gjør solskinn overflødig”.*³⁷

I 1.etasje lå røntgenrommene. Her var også installert et kontor for oversøster, slik at hun som sykehusets forvalter kunne være lett tilgjengelig.

Kjelleretasjen inneholdt maskinrom, kjøkken og spisesaler for personalet. I motsetning til Quod bonum var det anlagt et separat mottakelsesbad i kjelleretasjen.

Forslaget Sydvendt hadde i følge sykehuskomiteen løst det estetiske spørsmålet bra. Hva gjaldt indre organisering hadde Sydvendt mye av de samme løsninger som Lord Lister: maskinavdeling i kjelleren, røntgenrom i 1.etasje, operasjonsavdeling i 2.etasje, sengeposter fordelt på 1, 2 og 3.etasje. Sykeværelsene var i forslaget små, noe som ble kritisert av sykehuskomiteen. Komiteen kritiserte også bredden på korridoren som var 2,2meter.

Det største ankepunktet ved forslaget var, ifølge sykehuskomiteen, plasseringen av personalet. Operasjonssøstrenes værelser var anbrakt vegg i vegg med operasjonsavdelingen. Komiteen mente operasjonssøstrene i sin fritid burde plasseres så langt bort fra operasjonssalene som mulig. Værelsene hadde heller ikke sol. Plassering av overlegens kontor ble også kritisert. Kontoret var plassert innenfor operasjonsavdelingen noe som ville medføre uønsket trafikk gjennom operasjonskorridoren.

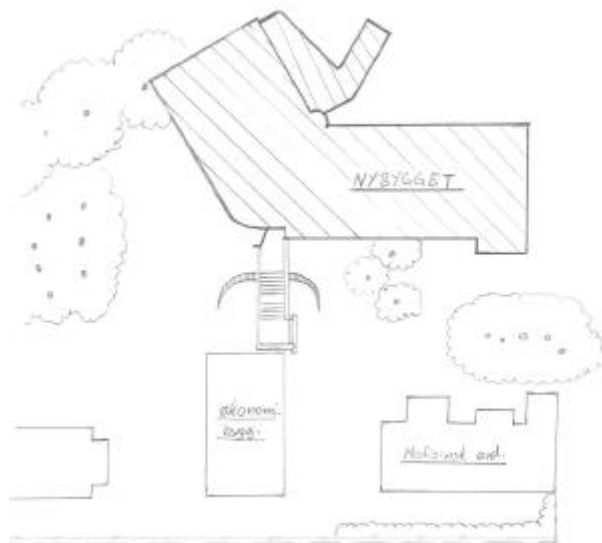
Oversøster var i forslaget plassert i 2.etasje. Det var ikke lagt opp til eget kontor for henne i 1.etasje, noe sykehuskomiteen kritiserte. Innstillingen henviste i denne saken til de to andre forslagene som den mente hadde løst dette på en meget god måte.

Forslaget Sydvendt hadde i likhet med Quod bonum, anlagt solterrasse på taket, noe komiteen roste.

Bygningsbeskrivelse

Kristiansand sykehus var en hvit betongblokk i fire etasjer. Taket var flatt. Komplekset bestod av to tilnærmet rektangulære bygningsfløyer. Fløyene var føyd sammen i en stump vinkel. Den største fløy, sydfløyen, hadde fasade mot syd. Denne fløyen hadde en forkropning i østre ende. Fasaden gikk parallelt med Tordenskjoldsgate, men anlagt noe tilbaketrukket inn på sykehustomta. Den andre fløyen, vestfløyen, var kortere. Fasaden vendte mot sydvest, bort fra Tordenskjoldsgate. Foran nybygget og nærmest Tordenskjoldsgate lå en av de gamle sykehusbygningene, avdeling A. Økonomibygningen lå på linje med avdeling A, men lenger mot vest og havnet mellom Tordenskjoldsgate og nybyggets hovedinngang. Øvergaard hadde planlagt å anlegge små klynger med trær på området mellom sykehusbygningene.

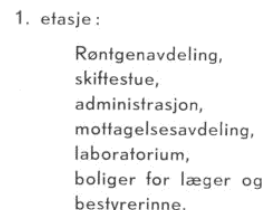
³⁷ Komiteens innstilling, 1931, s.6.



Illustrasjon 4: Kristiansand, sykehusområdet,
(skisse etter plantegning, konkurranseutkast, udatert).

De to fløyene fremsto som en samlet enhet både når det gjaldt eksteriør og plan. I planet var det, med unntak av kjelleretasjen, ingen sperrer mellom fløyene. Planet strakte seg uhindret gjennom bygningskroppen. I alle etasjer var det anlagt en korridor som bandt bygningsmassen sammen fra nordvest mot øst. På den ene side av korridoren vendte værelsene mot nord. På motsatt side, fasadesiden, vendte værelsene mot henholdsvis syd eller sydvest. Gjennomgående i alle etasjer var byggets heis og hovedtrapp. Disse var plassert i den indre vinkel der de to fløyene traff hverandre, vendt i nordlig retning. Trappeløpet ned i den nederste etasje, kjelleretasjen, var noe smalere enn i bygningen for øvrig.

Illustrasjon 5: Kristiansand sykehus, 1934, plantegning 1.etg.



I vestfløyen var det i første etasje anlagt røntgenavdeling og skiftestue. I østfløyen var det mot nord anlagt mottakelsesbad, laboratorium, skyllerom og to pasientværelser med en seng i hver. Disse værelsene var forbeholdt fødende. På andre siden av korridoren var det anlagt kontorer, oversøsters stue og soveværelse. I forkropningen i den østre ende lå assistentlegens stue og soveværelse.

Illustrasjon 6: Kristiansand sykehus, 1934, plantegning 2. og 3.etg.



2. og 3. etasje: Sykeposter.

Andre og tredje etasje var sengeposter. Postene var like i utforming. I arealet over første etasjes venteværelse var det i disse etasjene anlagt lufteverandaer for pasientene. Verandaen hadde direkte adgang fra korridoren.

I likhet med første etasje var det også i disse etasjene en gjennomgående korridor som bandt de to fløyene sammen. Alle rommene i etasjen hadde utgang ut i korridoren. Værelsene som hadde vindu mot syd eller sydvest var pasientværelser. Rommene hadde plass til 6, 4 eller 3 senger. Store vindusflater ga lyse og luftige rom. Det var anlagt flere vindusåpninger for hvert værelse, 4 vinduer for 6-sengsværelse, 3 vinduer for værelse beregnet for 4 pasienter og 2 vinduer til 3-sengsværelsene. Det innvendige taket i pasientværelsene var i midtparti malt med en mørk grå-blå farge. Over hver sykeseng hang en veggmontert lampe, Lundh-Øvergaard-lampen. Denne var spesialdesignet av Ole Øvergaard til Kristiansand sykehus. Fra lampen ble lyset kastet opp i taket, om pasienten ønsket det kunne han ved hjelp av en snor regulere deler av lysstrålen ned i sengen som leselys. Snora var plassert slik at pasienten kunne nå den fra sin stilling i sengen.³⁸

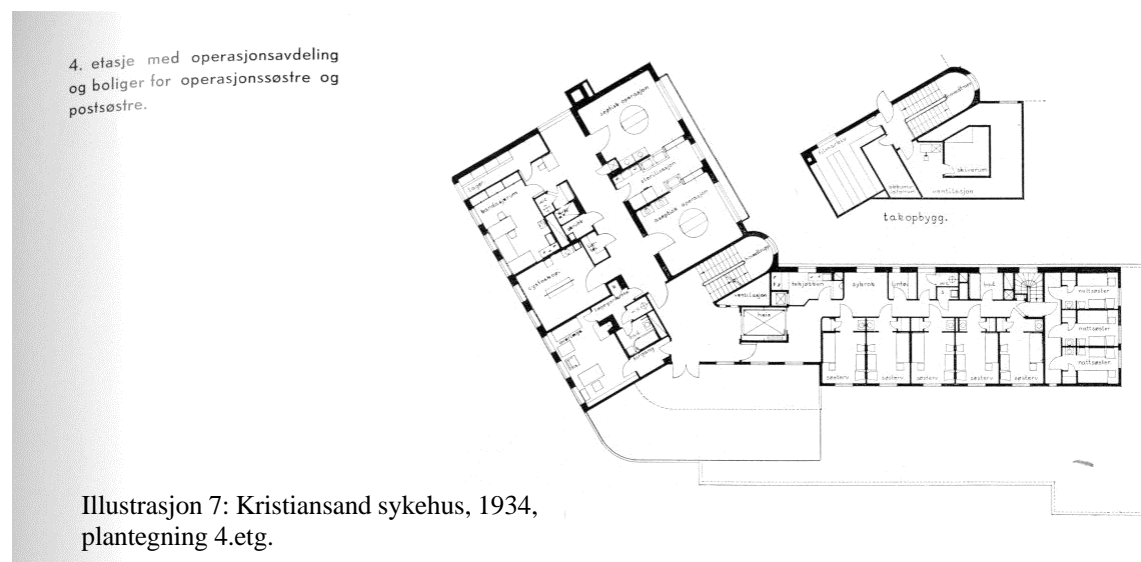
Postenes to isolasjonsrom lå vendt mot nord. Sykehuskomiteens skrev i sin innstilling om isolasjonsrommenes plassering at også disse gjerne kunne ligget mot solen. På den annen side, ble det bemerket, så måtte jo noen rom også ligge på skyggesiden av bygget. Og oppholdet på dette enerom skulle være kortvarig. Så fort tilstanden tillot det skulle pasienten overflyttes til et ordinært sykeværelse.³⁹

Rommene som lå vendt mot nord var noe grunnere enn pasientværelsene. Helt mot nord i vestfløyen lå pasientenes dagligrom. Ved siden av dagligrommet lå et av postens to

³⁸ Ole Øvergaard: "Kristiansand sykehus", *Byggekunst*, 1936.

³⁹ Komiteens innstilling, 1931.

skyllerom, et bad og to toaletter. I sammenføyningen mellom de to fløyer var heissjakt og trappeløp. Vendt mot nord i vestfløyen lå, med unntak av de to isolasjonsrom, skyllerom, tre toaletter, lintøyrom, anretning og arbeidsværelse for søstrene. Antall toaletter på sengepostene var flere enn det som ble foreslått i konkurranseutkastet. Sykehuskomiteen hadde i sin innstilling bemerket at dette var ønskelig.



I sykehusets fjerde etasje var det i vestfløyen anlagt operasjonsavdeling og overlegens kontor. Østfløyen inneholdt værelser for de av søstrene som måtte ha sin bolig på sykehuset, det vil si overordnede postsøstre og operasjonssøstre.



Selve operasjonsavdelingen bestod av til sammen seks rom. Vendt mot nord lå to operasjonssaler. Den ene salen var for septiske operasjoner, den andre for aseptiske

operasjoner.⁴⁰ Mellom de to operasjonsalene lå et steriliseringsrom. Det var gjennomgående instrumentskap mellom dette rommet og operasjonsalene. Gjennom dette kunne instrumenter overflyttes direkte fra sterilisering til operasjonsalen. Det var imidlertid ingen dør mellom steriliseringsrommet og operasjonsalene. Ole Øvergaard sendte 13.januar 1932 et brev til overlege Andersen hvor han forespurte om dette vil fungere for legene og operasjonssøstrene i det dagelige arbeid, eller om det var påkrevd med direkte adgang inn til operasjonsalen.⁴¹ Ettersom det ikke ble bygd noen direkte adkomst ser det ikke ut til at denne problemstillingen var av stor betydning for legen. Rommene på motsatt side av korridoren, vendt mot sydvest, var cystoskopi, bandasjerom og et lager. I tillegg var det små avlukker til wc, lintøy og skrubber.

Fjerde etasjes østfløy var mindre enn de øvrige etasjer fordi fasaden mot syd var trukket et stykke inn for den eksisterende bygningskroppen. Slik ble et stort takareale dannet. Dette ble disponert som takterrasse. Ole Øvergaard hadde planlagt at takterrassen skulle være en liggeveranda for pasientene. I praksis ble den også benyttet som et område hvor pasientene drev opptrening og hvor søstrene hadde pausene sine.⁴²

Inn for takterrassen og med vindu mot syd lå søstrenes værelser. En smal korridoren skilte søsterværelsene fra en rekke med rom som inneholdt bad, wc, lintøy, sykrok og tekjøkken. Helt mot sør i fløyen og avskjermet fra de øvrige rom var det anlagt tre værelser forbeholdt nattsøstrene.

Taket på Kristiansand sykehus var i hovedsak flatt. Øvergaard hadde imidlertid anlagt et lite takoppbygg. Opp hit fikk hovedtrappen sin ende. Takoppbygget inneholdt filmarkiv og ventilasjonsrom.

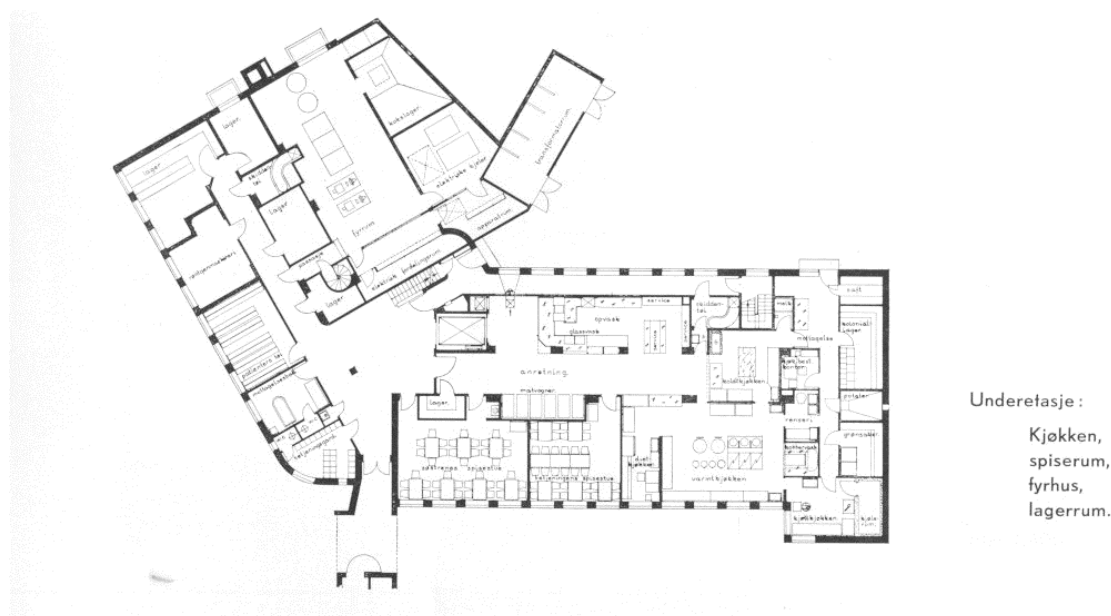
Med unntak av tekjøkkenet i fjerde etasje hadde søstrene her ingen mulighet til personlig matlaging. De var henvist til kjelleretasjen for sine måltider. Der det var det to spisesaler, en forbeholdt søstrene, en til sykehusets øvrige betjening. Rommene lå i østfløyen med vinduer mot syd. Store deler av kjelleretasjen lå over bakkeplan så sollyset slapp inn i også denne etasjen.

⁴⁰ Aseptisk metode går ut på å gjøre alt sterilt før operasjon, det være seg sår, omgivelser, behandlingspersonell og instrumenter. At Øvergaard gjorde en slik inndeling av operasjonsalene virker fremmed. Vår tids medisinske vitenskap underbygger ikke inndelingen, det har heller ikke vært mulig å finne grunnlag for dette i samtidas lære.

⁴¹ Brev fra Ole Øvergaard til "Herr overlege Kristen Andersen", Oslo 13.januar 1932.

⁴² Opplysninger gitt av Reidun Braathen.

Illustrasjon 9: Kristiansand sykehus, 1934, plantegning underetg.



Hva gjaldt organiseringen av kjelleretasjen gjorde Ole Øvergaard store forandringer fra sitt opprinnelige forslag. Bispisningsrommene var det eneste som ble beholdt. I brevet til overlege Andersen á 13.januar 1932, gjorde Øvergaard rede for den endelige planen av kjelleretasjen. Han skrev: *"Kjelleren er helt omlagt, hvorved jeg mener å ha opnådd at ingen trafikkveier krysser hinannen eller blandes sammen slik som tilfellet var i konkurranseprosjektet"*.⁴³ I det opprinnelige arkitektforslaget hadde Øvergaard i østfløyen anlagt, foruten spisesalene: lager, røntgenmaskineri, skittentøy og fyrrom. Med omleggingen flyttet han disse rommene over i kjelleretasjens vestfløy. Vestfløyen vek bort fra den øvrig rektangulære formen. Mot nordøst var det gravd ut for å gi rom til transformator, kokslager, elektriske kjeler og et rom til apparater. Vestfløyen for øvrig inneholdt fyrrom, røntgenmaskineri, forskjellige lagre, garderobe for de ansatte og et mottakelsesbad. Lagre, garderobe og mottakelsesbad var ikke med i Øvergaards opprinnelige arkitekturforslag, noe som ble etterlyst av sykehuskomiteen. Øvergaard hadde anlagt mottakelsesbadet så det lå lett tilgjengelig fra etasjens inngang som, i likhet med hovedinngangen, lå i den utvendige stumpe vinkel.

Ved omleggingen flyttet Ole Øvergaard kjøkkenavdelingen fra vestfløyen og over i østfløyen. Denne fløyen bestod så av spisesaler, kjøkken, oppvask og lager. Kjøkkenavdelingen delte ham inn i et varmtkjøkken, et kaldtkjøkken, diettkjøkken og

⁴³ Brev fra Ole Øvergaard til "Herr overlege Kristen Andersen", Oslo 13.januar 1932.

kjøttkjøkken. Det var egne, adskilte lager for grønnsaker, kolonivarer, melk og poteter. Det var eget kjølerom.

Grunnleggende i Øvergaards forandringer fra det første arkitekturforslag til det ferdigstilte bygg var at de forskjellige områder i kjelleretasjen var klarere atskilt. I tillegg til at det ikke var trafikkveier som krysset hverandre var det satt opp vegger og sluser som sørget for at skitne prosesser aldri kom i nærheten av kjøkkenavdelingen og spisesalene. Behandling av skittentøy var et eksempel på en slik prosess. Ole Øvergaard anla to skittentøysnedkast på sykehuset som begge endt i kjelleretasjen, en i hver fløy. Skittentøyet ble så fraktet gjennom en bakkorridor, ut i en tunnel og over i vaskeriet som lå i økonomibygningen. Med dette hadde skittentøyet fri passasje til vaskeriet uten å komme i kontakt med kjøkkenavdelingen.

Sykehuskomiteen var i sin innstilling spesielt opptatt av Øvergaards løsninger på oppvaskproblemet og ombringing av mat. Øvergaard hadde lagt opp til at all oppvask skulle foregå i sykehusets kjelleretasje, oppvask på avdelingene var bannlyst. I nærheten av kjelleretasjens kjøkken anla han sentraloppvask. Det var egne og adskilte oppvaskbenker for glass, servise og gryter.

Hva gjaldt matombringningen var problemstillingen å få maten fram til pasientene mens den fremdeles var varm. Ole Øvergaard forklarte i sin presentasjon av Kristiansand sykehus i *Byggekunst*: "Hvis varm mat skal smake må den være varm og ikke lunken.



Illustrasjon 10: Kristiansand sykehus, 1934, mattralle.

Betingelsen for at maten blir servert varm er at hele prosessen er gjennomtenkt og planlagt på forhånd fra den forlater kjøkkenet til den serveres ved sengen. (...) I øieblikket finnes der i hovedsak to anvendelige systemer som begge er oprinnelig amerikanske. Det ene er matvognsystemet – det annet "brettssystemet" ".⁴⁴ Øvergaard valgte å bruke matvognsystemet da dette var den beste løsning med tanke på at deler av maten skulle fraktes over store avstander utendørs. Varmevognene var en helt ny konstruksjon som Øvergaard fikk spesialdesignet til Kristiansand sykehus.⁴⁵

⁴⁴ Ole Øvergaard: "Kristiansand Sykehus", *Byggekunst*, 1936, s.100.

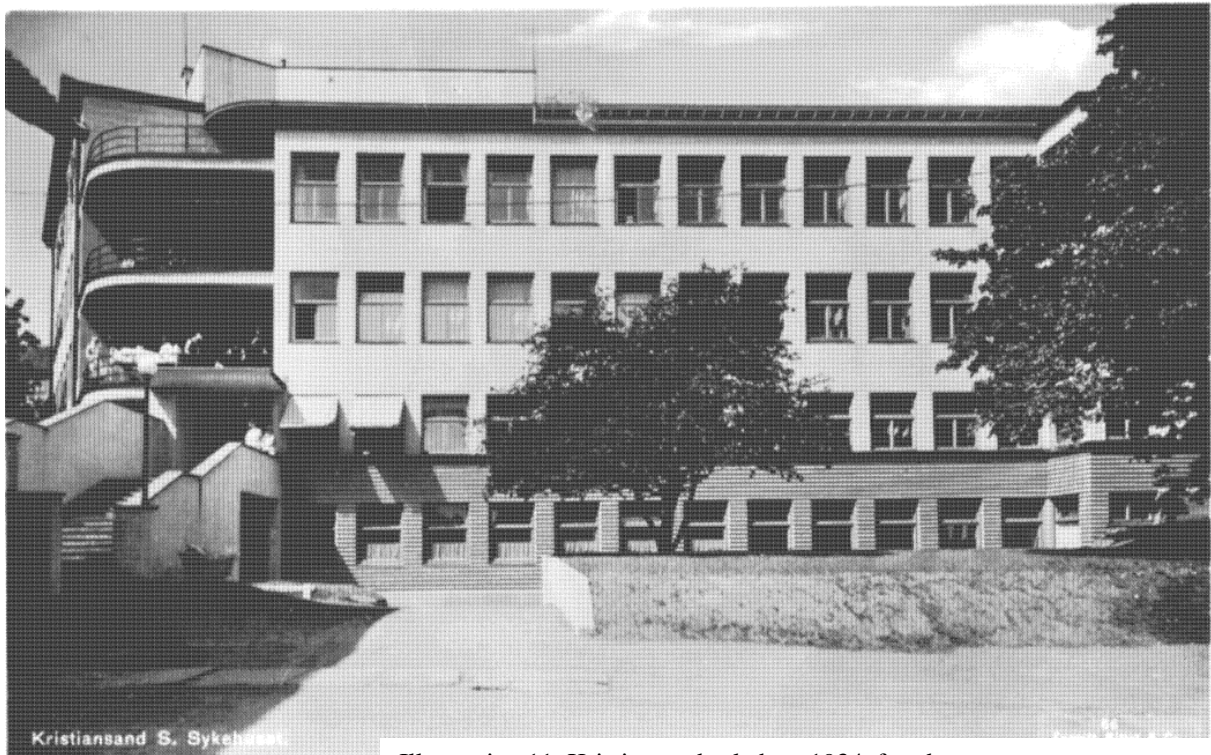
⁴⁵ *Arbeidstegninger*, 1932.

I sin presentasjon av sykehuset poengterte Ole Øvergaard at i en sykehusbygning opererte man aldri med isolerte planløsninger for hver etasje, men at hele bygget var en sammenhengende rommelig disposisjon. *”Planen av de enkelte etasjer blir ikke solostemmer, men deler av et stort orkesterpartitur.”*⁴⁶

Ole Øvergaards organisering av Kristiansand sykehus ble en tydeliggjøring av dette. Han valgte å fordele sykehusets funksjoner på de forskjellige etasjene. Underetasjen fungerte som sykehusets maskineri. 1.etasje var forbeholdt pasientenes akutte behandlingsbehov og til administrasjon av sykehuset. 2. og 3.etasje var rene sengeposter. 4.etasje ble delt i to mellom operasjonsavdelingen og personalets værelser.

Gjennom en slik organisering av planet skapte han en rasjonalisering som var til det beste både for driften av sykehuset og for pasientene. Korte forbindelseslinjer mellom 1.etasjes behandlingsrom sikret kontinuitet. I operasjonsavdelingen i 4.etasje kunne det arbeides uten forstyrrelser fra sykehuset forøvrig. At 2. og 3.etasje kun rommet sykeposter må ha gitt rolige omgivelsene rundt pasienten. Omgivelser som fordret til rekreasjon og hvile.

⁴⁶ Ole Øvergaard: ”Kristiansand Sykehus”, Byggekunst, 1936, s. 92.



Illustrasjon 11: Kristiansand sykehus, 1934, fasade.

Kristiansand sykehus sin nye kirurgiske avdeling var i støpt betong. Byggets underetasje ble markert med et horisontalt mønster i murlivet, støpt i betongen. De øvrige tre etasjer hadde glatt murliv uten noen form for dekorasjon. I samtlige etasjer var vinduene skåret rett inn i murlivet.

Byggets hovedinngang lå i vestre ende av østfløyen. Inngangen vendte ut mot Tordenskjoldsgate. Selve inngangspartiet var markert med en hvit baldakin. Under baldakinen lyste en enkel lampe. Den høye kjelleretasje gjorde at det måtte anlegges en trapp opp til hovedinngang. Trappa var bred og slak. Hvert enkelt trappetrinnene var dekket med mørk stein, antakelig skifer. Gelenderet var i støpt betong, enkelt og uten åpninger. Med unntak av skiferhellene var trappekonstruksjonen hvit i fargen.

Vinkelen mellom de to bygningsfløyene som knyttet dem sammen var vendt inn mot hovedinngangen. Vinkelens hjørne var avrundet. I første etasje inn for vinkelen lå venteværelset. Hele venteværelsets yttervegg var dekket med sammenhengende vindusbånd. I andre og tredje etasje var tilsvarende området uten vinduer, det var her anlagt lufteverandaer for pasientene. Verandaene var skåret inn i bygningskroppen. De hadde et enkelt utformet gelender som løp parallelt over første etasjes vindusbånd.

Bygningens fasade for øvrig var dominert av vindusåpninger. Vinduene stod tett, men de var ikke satt inn i bånd. Vindusåpningene var plassert rett over hverandre. I østfløyens

forkropning var det et hjørnevindu. Vinduene var rektangulære i formen, og var uten innramming. Med unntak av enkelte vinduer i underetasjen, var alle vinduene i samme størrelse.

Bygningens ”bakside”, fasaden som vendte mot nord, hadde markert færre vindusåpninger. Ole Øvergaard hadde på denne fasaden plassert en vindusåpning inn til hvert værelse. Vinduene var forholdsvis smale.

Nordøstre fasade hadde få vindusåpninger. I første etasje var det plassert et stort vindu tilnærmet midt på fasaden. Parallelt over dette vinduet var det i andre og tredje etasje satt inn en verandadør som førte ut på en børstebalkong. Vinduet og dørene var plassert i enden av den innenforliggende korridor og sørget dermed for dagslys inn i korridoren. Ved siden av det store vinduet og verandadørene var det en mindre vindusåpning. Den nordøstre fasades fjerde etasje hadde tre vindusåpninger.

Bygningens konstruksjonsprinsipper gjorde de mange vindusåpningene mulig. Et smalt parti av murlivet mellom fasadens vindusåpninger reiste seg over alle etasjene. Disse smale partiene med armert betong var bærende elementer.

Gjennom de mange vindusåpningene kunne dagslyset sive inn i de innerforliggende værelser. Fotografier og videomateriale viser hvorledes lys virket på interiøret. Rommene fikk en lys og luftig atmosfære. Spesielt sykeværelsene var rikelig utstyrt med vinduer, noe som sikret pasientene god tilgang på lys og frisk luft.

Den nye kirurgiske avdelingen skilte seg tydelig fra sine omgivelser. Mens de øvrige sykehusbygningene var gamle hvitmalt trebygninger representerte Øvergaards bygning en ny type arkitektur som fram til da ikke hadde vært oppført i Kristiansand. Bygget ble godt mottatt, både av byens innbyggere og tilreisende. Også leger og arkitekter roste det nye sykehuset. Overlege Andersen hevdet at Kristiansand med dette hadde fått det mest moderne sykehuset i landet.⁴⁷ I forbindelse med åpningen av sykehuset ble journalister fra Fædrelandsvennen tatt med på en omvisning ledet av overlege Andersen. En av dem skrev:

*”Vi maa imidlertid si med det samme at vi kommer til aa skuffe publikum hvis man har tenkt at vi skulle presentere en straalende omtale av hva vi saa. Det lar seg nemlig slett ikke beskrive, fordi vaart sprog dessverre er blitt saa maltraktert, at naar det hender oss noe som er virkelig stort, saa blir vi staaende tause. (..) Overlægen sa ikke stort under befaringen, () Ikke detstomindre var det ikke til aa undgaa aa merke at han selv hadde følelsen av aa gaa omkring aa betre hellige steder.”*⁴⁸

⁴⁷ ”Kristiansand tar sitt nye sykehus i bruk mandag”, Agderposten, lørdag 29/9 1934.

⁴⁸ ”Sammen med overlægen paa en rundtur gjennom palasset”, Fædrelandsvennen, lørdag 29/9 1934, s.7.

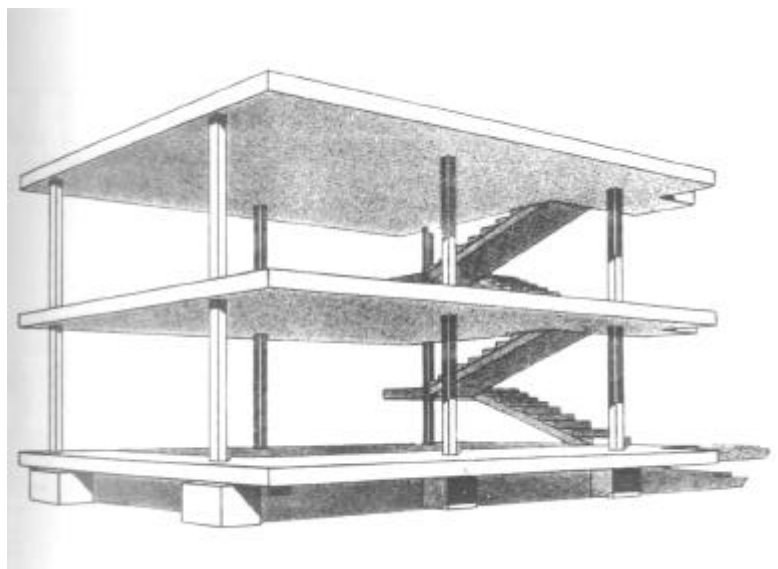
Stilspørsmålet

Da Ole Øvergaard tegnet Kristiansand sykehus i 1929 hadde modernismen for alvor fått fotfeste i Europa. I 1930 fikk stilretningen, under navnet funksjonalismen, sitt offisielle gjennombrudd i Skandinavia med Stockholmsutstillingen. I Norge hadde debatten allerede pågått noen år. Enkelte arkitekter var tidlig ute med å ta opp den nye arkitekturretning.

I det følgende vil det bli gitt en kort presentasjon av utenlandske impulser og enkelte av de norske arkitekter som engasjerte seg. Dette gjøres for å illustrere det miljøet som Ole Øvergaard var en del av.

Den franske arkitekten Le Corbusier var en lederskikkelse innen modernismen. I 1920 var han med på å starte tidsskriftet *L'Esprit Nouveau*. I årene 1920-24 skrev Le Corbusier en rekke retoriske artikler i tidsskriftet. *L'Esprit Nouveau* ble 1920-tallets viktigste organ for det franske avantgard-miljøet. Noen av artiklene ble siden gjengitt i Le Corbusier's bok *Vers une architecture* som ble utgitt i 1923. Boken ble toneangivende i utviklingen av modernismen.⁴⁹ Gjennom sine tekster forklarte Le Corbusier hva han mente burde være forbilder for den nye arkitektur. Han var opptatt av å skape en forsoning mellom mennesket, maskinen og naturen. Han jaktet på formene og proporsjonenes iboende skjønnhet. Dette mente han eksisterte i den klassiske arkitekturen. Le Corbusier så på Parthenon på Akropolis som det fremste eksempel på den klassiske estetikk. Samtidig hyllet han framskrittet, maskinen og det ingeniørskapet. Han så ingen motsetning mellom det klassiske og den nye teknologi, og mente at arkitekten burde bruke klassisismens enkle prinsipper i benyttelsen og utformingen av teknologiens nye muligheter.

I 1914-15 konstruerte Le Corbusier dominohuset, der prinsippet var at bygningens vegger ikke var det bærende element, men der konstruksjonen ble båret av seks frittstående stålsøyler. Le Corbusier kalte disse søylene for *pilotis*. På grunnlag av dominostrukturen utviklet han siden sin arkitektur med store og sammenhengende rom, der



Illustrasjon 12: Le Corbusier, Domino, 1914-15.

⁴⁹ Wenche Findal: *Norsk modernistisk arkitektur: om funksjonalismen*, Oslo, 1996.

vindusflater opptok store deler av veggen og lot lyset strømme inn i interiøret.

I 1927 ble det avholdt en internasjonal utstilling i Stuttgart, Weissenhofutstilling. I utstillingskatalogen publiserte Le Corbusier sine fem punkter for arkitektur. Punktene har blitt stående som et manifest for den modernistiske arkitekturretning. Hovedpunktene var: pilotis, fritt plan, vindusbånd, fri fasade og takterrasse.

Ved bruk av pilotis, kunne bygningen løftes opp fra grunnen, og det ble dermed rom under bygningen for vegetasjon eller oppstilling av bilen. Bruk av pilotis som bærende elementer, skapte således store friheter hva gjaldt utforming av plan og fasade. Planet kunne utformes hensiktsmessig uten hensyn til at veggene måtte være bærende. Fasaden kunne gjøres tynnere enn før og åpnes mer opp for vindusåpninger enn tidligere. Le Corbusier valgte ofte sammenhengende vindusbånd. Et annet viktig element i Le Corbusiers arkitektur var takterrassen. Ved hjelp av takterrassen søkte Le Corbusier å bringe den frie naturen inn til beboerne og dermed gi menneskene god tilgang til frisk luft.⁵⁰

Den norske arkitekten Edvard Heiberg var i en periode i begynnelsen av 1920-tallet, assistent hos Le Corbusier i Paris. I en artikkel i Byggekunst i 1923 ga han et varsel om den arkitektur som var i emning. Samtidig pågikk det en debatt i Dagbladet om arkitekturens formspråk, Heiberg deltok også her. Lars Backer var en annen norsk arkitekt som tidlig ble klar over modernismen. I 1925 forsvarte han modernismens fremvekst med artikkelen *Vor holdningsløse arkitektur*, publisert i Byggekunst. Heiberg og Backers artikler var med på å presentere modernismen for resten av den norske arkitektstand, og da Le Corbusier holdt et foredrag i Oslo i 1933, var det en godt opplyst gruppe arkitekter han møtte.

Le Corbusier var å regne som en av tidens største teoretiker, men han var ikke alene om å søke et nytt formspråk. En lignende utvikling av arkitekturen foregikk flere steder i Europa. Den østeriske arkitekten, Adolf Loos, var en av de første forkjempere for en "ren arkitektur". Han ønsket en arkitekturen uten den tradisjonelle ornamentering.⁵¹ I hans arkitektur ble den renskårne kubens sentral.

Bauhaus-skolen i Tyskland under ledelse av Walter Gropius utviklet et lignende syn på arkitekturen. I 1923 publiserte Gropius *Idee und Aufbau*, en proklamasjon av Bauhaus' filosofi. Om arkitektur skrev han: *"We aim to create a clear, organic architecture whose inner logic will be radiant and naked, unencumbered by lying facings and tricery; we want an architecture adapted to our world of machines, radios and fast cars. (..) – and with the new*

⁵⁰ William Curtis: *Modern architecture since 1900*, 2005.

⁵¹ Loos skrev blant annet det satiriske essayet "Ornament and Crime" i 1908, hvor han sammenlignet ornamentert arkitektur med en degenerert og kriminell mann.

audacity of engineering, the ponderousness of the old methods of building is giving way to a new lightness and airiness."⁵²

I Holland hadde en gruppe kunstnere og arkitekter samlet seg. De kalte seg *de Stijl*-gruppen, og utga i årene 1918-24 et magasin med samme navn. Gruppen var viktig for etableringen av modernismens formspråk. Man ønsket en ny orden som formalt sett skulle bestå av geometriske abstraksjoner. Man søkte en syntese mellom rommet i det postkubistiske maleri og arkitekturen. Også i arkitekturen fikk kubene en sentral plass.

Det meste av Ole Øvergaards arkitektur fra 1920-tallet tilhørte nyklassisismen. Sing-Sing i Skien bygget 1919-20 må nevnes. Bygningene var preget av symmetri, fasadene var enkle og ble pusset. Øvergaard hadde også planlagt et felles badehus for husstandene, inspirert av de romerske badene.⁵³ I 1927 tegnet Øvergaard Radiumhospitalet, også dette nyklassisistisk i formen.



Illustrasjon 13: Radiumhospitalet, fasade, tegnet 1927-29. Foto 2005.

⁵² William Curtis: *Modern architecture since 1900*, s.194.

⁵³ Tore Brantenberg: *Sosial boligbygging i Norge 1740-1990*, Oslo 1996.

Øvergaard var fagredaktør i Byggekunst i 1925 og var gjennom dette en av dem som påvirket ”arkitektnorges” agenda. Denne årgangen av tidsskriftet ble dominert av artikler som tok for seg den nyklassisistiske arkitekturretning. Et eksempel er professor Schnitlers artikkel *Klassisistisk og malerisk arkitektur i Norge og Italien. Klare linjer – ingen samlingspolitikk*. Øvergaard skrev selv en omfattende presentasjonen av Vigelandsmuseet, et av de fremste eksempler på norsk nyklassisisme.

Men i tillegg til artiklene om nyklassisistisk arkitektur lot redaksjonen også slippe til artikkelforfattere som talte om den nye arkitektur. Som tidligere nevnt, Lars Backers *Vor holdningsløse arkitektur*. En annen artikkel fra årgangen som også illustrerte den arkitektur som skulle komme var artikkelen *Ribbeløse dækker (Pilzdækker)* av ingeniør Odd Grundt. Artikkelen presenterte nyheter innen jernbetongens (den armerte betongens) utvikling.⁵⁴

Sommeren 1928 arrangerte Oslo Arkitektforening en studietur til Holland. Turen førte til en endelig omvendelse til modernismen for de norske arkitekter. På grunn av Hollands nøytralitet under 1.verdenskrig hadde utviklingen i den hollandske arkitekturen fått foregå uavbrutt. Nederland ble etter hvert kjent som et pionerområde for modernismen. Sverre Poulsen var en av deltakerne. Han skildret inntrykkene i en artikkel i novembernummeret av Byggekunst, 1928. Også Dagbladet og Aftenposten hadde oppslag om turen. Arkitekturen som de norske arkitekter møtte i Holland var klart påvirket av de Stijl-gruppen. Formspråket hadde en sterk geometrisk karakter, takene var som oftes flate og en horisontal linjeføring dominerte.⁵⁵

Ole Øvergaard deltok ikke på studiereisen. Han må imidlertid ha fulgt godt med på de signaler som ble sendt hjem fra Holland. Etter 1928 utviklet Øvergaards arkitektur seg raskt i modernistisk retning. I 1929 begynte han å tegne boligblokka i Åsengt. 24. Bygningen sto ferdig i 1931. I Åsengata benyttet Øvergaard betongdekker i bygningskonstruksjonen. Det var første gang betongdekker ble brukt i Oslos kommunale boligbygging. Nytt var også felles varmtvannsanlegg og sentralfyr som han integrerte i blokka.⁵⁶ Åsengata var modernistisk i formuttrykket. I årene 1930-32 tegnet Øvergaard Hotell Continental, også dette en modernistisk bygning.

Kristiansand sykehus var sentral i Øvergaards tidlige modernisme. Byggets hovedtrekk hadde en klar modernistisk forankring. For først å se kort på eksteriøret: modernismens geometriske formspråk kom til uttrykk i de rektangulære bygningsfløyene og det flate taket. Takterrassen som Ole Øvergaard anla på sydfløyen var også et typisk modernistisk

⁵⁴ Byggekunst, 1925.

⁵⁵ Wenche Findal: *Norsk modernistisk arkitektur – om funksjonalismen*, 1996.

⁵⁶ Tore Brantenberg: *Sosial boligbygging i Norge 1740-1990*, Oslo 1996.

kjennetegn. Takets utforming, vindusåpningenes symmetriske organisering og underetasjens tekstur var elementer som sammen skapte en horisontal linjeføring i arkitekturen. Inspirasjonen til dette kan Øvergaard ha funnet i den hollandske modernismen.

Det rent bygningstekniske i Kristiansand sykehus kan ses på som en demonstrasjon av tidens nye teknologiske muligheter. Nytt var anvendelsen av armert betong som gjorde at ytterveggene ikke lenger var bærende i samme grad som tidligere. Øvergaard benyttet armert betong i Kristiansand sykehus og skapte dermed et skjelettsystem som ga store muligheter hva gjaldt de innvendige plan og fasadeløsninger.

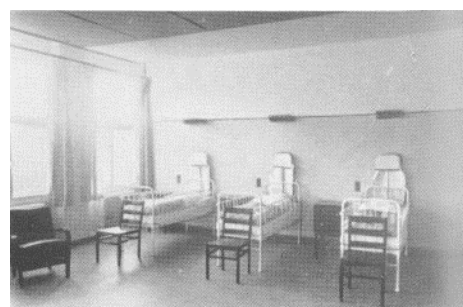
Et annet eksempel på den armerte betongens muligheter var baldakinen som Øvergaard plasserte over sykehusets hovedinngangen. Baldakinen hadde ingen støttepunkter annet enn det feste den hadde i veggen. Baldakinen ble raskt et av modernismens fremste kjennetegn, ofte brukt av Le Corbusier. For han var det et element som ga assosiasjoner til samtidens teknologiske nyskaping, til dampbåten og flymaskinen.

Sykehusfasadens mange og store vinduer var også muliggjort på grunn av ny teknologi. Øvergaard valgte imidlertid ikke, med unntak av 1.etasjes ventesfære, å sette vinduene i sammenhengende bånd. Årsaken til dette var trolig at det var klare avgrensede områder i interiøret, og at han ønsket at vinduene skulle samsvare med dette.

I sydfløyens forkropning anla Øvergaard et hjørnevindu, et annet av modernismens særtrekk. Tidligere hadde hjørnene i et byggverk vært viktig som bærende element. Ved bruk av armert betong var man nå ikke lenger avhengig av hjørnepilarer, og kunne dermed åpne hjørnene for vindusåpninger.

De mange vinduene gjorde at dagslyset flommet inn i værelsene innenfor. Spesielt pasientrommene ble lyse og luftige. Dette var i overensstemmelse med det nye syn på arkitekturen og tilfredsstilte samtidig de medisinske krav til bygningen. Modernistene var opptatt av å sikre beboerne god tilgang til lys og luft.

De mente dette var godt for menneskenes helse. Illustrerende var Le Corbusier utsagn i vers une



Illustrasjon 14: Kristiansand sykehus, 1934, pasientværelse, lyst og luftig.

architecture : *"Vi har fått smaken for fri luft og fullt lys."*⁵⁷. Modernistenes krav om lys og luft var lett forenelig med datidens medisinske krav hvor luftekurer og solbehandling stod sentralt, dette vil også tas opp senere i avhandlingen.

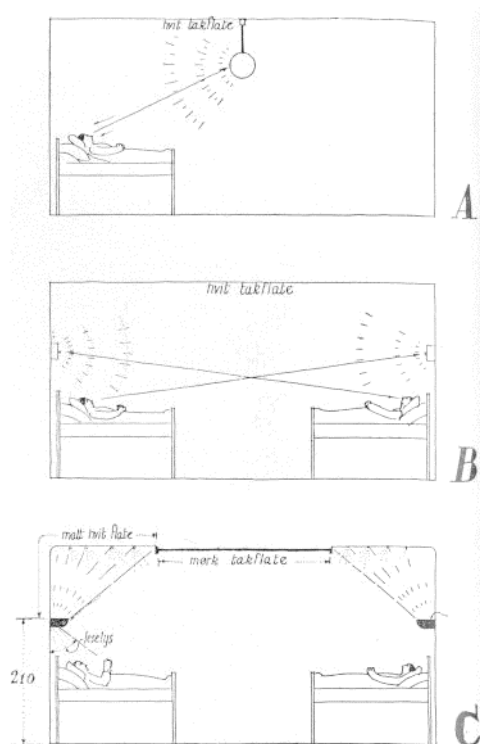
⁵⁷ Le Corbusier: Mot en arkitektur, 2004 (1924), s.88.

Grunnleggende for modernismens arkitekter var å la arkitekturen og formspråket ta utgangspunkt i funksjonelle krav bestemt av bygningens bruk. En slik arkitekturoppfatning var særlig aktuell når byggeoppgaven var et sykehusbygg. Et sykehusbygg stilte helt bestemte krav til hvordan byggeoppgaven måtte løses.

Ole Øvergaard mente at det å planlegge og bygge et sykehus var en av de mest kompliserte oppgavene i den moderne byggekunsten. For at sykehuset skulle bli funksjonelt i sin utforming måtte arkitekten ha et bredt spekter av kunnskaper. Både om de forskjellige sykehusrutiner og samarbeidet mellom sykehusavdelingene, i tillegg til de krav som de forskjellige sykehusavdelinger stilte til det bygningsmessige og det tekniske. Utviklingen innen de forskjellige områder skjedde imidlertid så raskt at Øvergaard mente det var umulig for arkitekten å holde oversikt over alle områdene. Byggingen av moderne sykehus måtte derfor baseres på et samarbeid mellom en rekke spesialister, hvor arkitekten skulle sitte som øverste leder. Samarbeidspartnere burde være ingeniører, leger og representanter fra den øvrige sykehusbetjening.⁵⁸

En viktig del av sykehuset var sykerommene. Her oppholdt pasienten seg store deler av døgnet, rommen burde derfor være av høy kvalitet. I sin presentasjon uttrykte Øvergaard det slik: *"De krav man bør stille til et sykerum er dette selvfølgelig at de skal være behagelig å opholde sig i – å ligge i. Dette vil si at man skal forhindre alle ubehagelige sanseinntrykk i retning av lys, larm, lukt, kulde eller hete."*⁵⁹ Øvergaard satt den liggende pasient og dens behov i fokus når han utformet sykehuset. Å skape arkitektur ut fra individets behov var selve kjernen i den modernistiske arkitekturteori.

Nesten samtidig med at Ole Øvergaard tegnet Kristiansand sykehus, ble det oppført et tuberkulosesanatorium i Paimio i Finland tegnet av den finske arkitekten Alvar Aalto. Sanatoriet i Paimio stod ferdig i 1932. Byggekunst hadde ingen presentasjon av sanatoriet, men det er likevel klart at bygget fikk mye



Skjematisk fremstilling av forskjellige belysningsanordninger i sykerum.

Illustrasjon 15: Ole Øvergaards framstilling av forskjellige belysningsanordninger i pasientværelsene.

⁵⁸ Ole Øvergaard: "Kristiansand sykehus", *Byggekunst*, 1936.

⁵⁹ Ibid, s.93

oppmerksomhet i sin samtid. Alvar Aalto så på sanatoriet som en demonstrasjon av sin modernistiske teori, der han la vekt på en rasjonell og humanistisk form for modernisme. At Ole Øvergaard kjente til Aaltos arbeide er det liten tvil om, og en finner sterke fellestrekk mellom Paimio og Kristiansand sykehus. Som eksempel kan nevnes at både i Paimio og i Kristiansand var himlingene i sykerommene malt i en mørk farge. I Aaltos sanatorium gjaldt det hele himlingen, Øvergaard hadde fargesatt himlingens midtparti. Øvergaard påpekte at dette mørke feltet ga en bedre hvile for øyet enn hva tilfellet var når himlingen var hvit.⁶⁰

Både Aalto og Øvergaard søkte nye løsninger hva gjaldt lyssettingen av sykerommet. Det elementære var at pasienten ikke fikk lyset rett i øynene. Aalto løste problemet med å installere to former for lyskilder. En lampe plassert høyt på veggen som kastet lyset opp i himlingen, og en enkel leselampe i tilknytning til hver enkelt pasientseng. Ole Øvergaard designet Lundh-Øvergaardlampen.

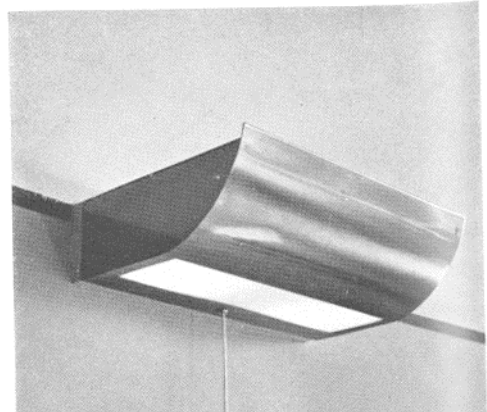
Lampen ga lys til rommet i sin helhet og leselys til pasienten.

Alvar Aalto var kritisk til deler av den modernistiske arkitekturen. Han mente den ikke tok tilstrekkelig hensyn til individet og dets behov. I 1940 skrev han essayet "The Humanizing of Architecture". Her tok han et oppgjør med dette han kalte den "teknisk funksjonalisme":

*"Moderen architecture has been rationalized mainly from the technical point of view... Modern architecture has created constructions where rationalized technique has been exaggerated and the human functions have not been emphasized enough... But since architecture covers the entire field of human life, real functional architecture must be functional mainly from the human point of view."*⁶¹

Aaltos humanisering av arkitekturen, at det var mennesket som skulle settes i sentrum ved valg av arkitektoniske løsninger, hadde sitt utspring i Aaltos sosiale engasjement og politisk overbevisning. Det sosiale engasjementet med fokus på den vanlige mann og kvinne var også grunnleggende for Ole Øvergaard. I likhet med Aalto var han i sin arkitektgjerning sosialt engasjert.

"Lundh-Øvergaard-lampe" til sykerum,



Illustrasjon 16.: Lampe designet av Ole Øvergaard til Kristiansand sykehus, 1934.

⁶⁰ Ole Øvergaard: "Kristiansand sykehus", *Byggekunst*, 1936.

⁶¹ Winfried Nerdinger: *Alvar Aalto – Toward a Human Modernism*, s.13.

Kristiansand sykehus – ny viten ga nye løsninger

Ole Øvergaards to første sykehusbygg, Radiumhospitalet tegnet i 1927 og Kristiansand sykehus som ble tegnet i 1931, var grunnleggende forskjellig både i utforming og innvendig organisering.

Stilmessig tilhørte Radiumhospitalet nyklassisismen. Kristiansand sykehus må plasseres stilmessig i funksjonalismen. Hva gjaldt den indre organiseringen, selve planløsningen, ble Kristiansand sykehus et eksempel på utviklingen innen sykehusarkitekturen. Raske framskritt innen legevitenskapen fordret store forandringer. Ingeniørkunsten ble tatt i bruk for å løse nye behov. Mens Radiumhospitalets behandlingsrom lå spredt i bygningen, var behandlingsrommene i Kristiansand lagt i nær forbindelse med hverandre. Mens Radiumhospitalet var uten heis, hadde heisen i Kristiansand en sentral plassering.

Den nye trend

Karakteristisk for medisinen på begynnelsen av 1900-tallet var at større områder av den praktiske medisin ble flyttet ut fra privathjemmene og over i sykehusene. Årsaken til dette var at den medisinske vitenskapen hadde utviklet en rekke diagnostiske og terapeutiske metoder som fordret at pasienten var plassert på sykehus. Dette stilte også nye krav til sykehusarkitekturen. Som tidligere nevnt var både medisinfaglige og arkitekter aktive i debatten. Begge yrkesgruppene følte at deres kunnskaper og meninger var viktig for utformingen av de moderne sykehus. Sentrale begreper i debatten var: sentralisering, rasjonalisering, økonomi, hygiene og pasientens omgivelser.

Til tross for at Ole Øvergaard ikke deltok direkte i debatten på 1930-tallet viste han i praksis og i de skriftlige presentasjoner av sine sykehus på 1930-tallet, at han var godt orientert om den pågående debatten og tok stilling til de problemområder som ble presentert. Innledningsvis kan nevnes at han gjennom sitt virke arbeidet mot en optimal rasjonalisering av sykehusets indre organisering. Han ønsket å skape et konsentrert anlegg med korte forbindelseslinjer mellom behandlingsrommene og sengeværelsene og riktig dimensjonerte rom. Ble dette gjort riktig, ville det føre til en reduksjon av omkostningene både ved anlegg og drift. Videre søkte han arkitektoniske løsninger som skulle sikre pasientene gode omgivelser. Han var opptatt av problemområder som lyd og støy og hva som kunne gjøres for å skjerme pasienten for unødig bråk. Han fokuserte også på sykehusets belysning og hvorledes dette kunne løses til det beste for pasienten. Et annet problemområde han grep fatt

i, var hvordan pasienten skulle sikres en god matservering og deretter hvordan oppvasken skulle behandles på en hygienisk og rasjonell måte.

Farvel til paviljongsystemet

De medisinske nyvinninger hadde ført til spesialisering. Mens de fleste leger fram til da hadde vært allmennpraktiserende, fikk man en ny oppdeling i mindre og samtidig strengt atskilte spesialiseringer. De nye behandlingsmetodene måtte ha plass til rådighet. Det oppstod dermed nye krav til sykehusarkitekturen. Karakteristisk var Professor Johan Holst, overlege på Rikshospitalet, i sin uttalelse fra 1932: *"Det er derfor vel og bra, og selvfølgelig, at man sørger for å gi et sykehus smukk fasade, vakker tomt, lyse, vennlige og luftige sykeværelser etc. Men viktigere enn dette er at sykehuset planlegges, anbringes og innrettes slik, at det på en hensiktsmessig måte kan tjene de medisinske formål som er dets raison d'être."*⁶²

I tillegg til flere spesialiserte behandlingsrom var det et krav med korte forbindelseslinjer mellom behandlingsrommene og sykehusets øvrige rom. Gustaf Birch-Lindgren satt i sin doktorgradsavhandling fokus på i hvilken grad det moderne sykehussystemet i større grad enn tidligere krevde flere forflytninger av pasientene til undersøkelser, behandling osv. For å underbygge dette benyttet han seg av den kjente Göteborg-legen dr. C. O. Forselius' ord:

*"Varje särartad sjukvårdsperiod föder sin egen typ av idealsjukhus; vår tid, som karaktäriseras av specialiseringen och som har att tilvarataga dess fördelar och avlägsna dess nackdelar, har att som idealsjukhuset uppställa det av specialavdelningarna sammansatta helsjukhuset, möjliggörande och framtvingande ett intimt samarbete mellan dessa specialavdelningar. (.) Det moderna sjukhuset kräver korta avstånd och ekonomien kräver alltid minsta möjliga mängd onödiga byggnadsdelar. Vägen leder därför nu från paviljongsystemet till blocksystemet och som det mönster, till vilket man bör sträva, står altså sjukvårdskoncernen i blockbygge."*⁶³

Sentralisering

Da man debatterte sentralisering, kunne dette dreie seg om to ting. I debatten om sykehusarkitektur som omhandlet overgangen fra paviljongsystemet til blokksystemet snakket man om en sentralisering av bygningsmassen. Begreper som en konsentrering av bygningsmassen ble også benyttet, og disse var mer beskrivende for de faktiske forhold.

⁶² Johan Holst: "Om de forskjellige arter av sykehus og deres oppgaver", *Byggekunst*, 1932, s. 61.

⁶³ Gustaf Birch-Lindgren: *Svenska lasarettbyggnader*, 1934, s.32-33.

Begrepet "sentralisering" slik det har blitt stående, henspilte imidlertid på sykehusets størrelse og terapeutiske muligheter.

Professor Johan Holst mente at siden medisinen hadde blitt så spesialisert, måtte også sykehusene spesialiseres. Det ville si at sykehuset måtte være utstyrt med leger, tekniske apparater og lokaler for utøvelse av flere av medisinenes spesialiteter. I et foredrag han holdt i Den Norske Sykehusforening i 1938 forklarte han dette: *"Det er den moderne medisins intensive spesialisering, dens opdeling i stadig flere – stadig mindre og sterkere avgrensede spesialiteter. (...) Til hver enkelt av disse mange spesialiteter kreves et spesielt apparatur, med spesielle lokaliteter avpasset derefter, med andre ord: hver spesialitet krever et spesialverksted: et spesialsykehus eller en spesialavdeling"*⁶⁴ Holst hadde også tatt for seg temaet om sykehusenes spesialisering i en artikkel i *Byggekunst* 1932. Her skrev han at for at et sykehus skulle være spesialisert, måtte det ha en viss størrelse; fra 120-150 senger og oppover. Begrepet han benyttet på denne formen for sykehus var sentralsykehus. Holst talte videre for et skille mellom lokalsykehusene og sentralsykehusene. Mens sentralsykehusene skulle ta seg av pasienter med sammensatte diagnoser og med behov for spesialisert behandling, skulle lokalsykehusene være for pasienter som hadde et sykdomsbilde som krevde sykehusbehandling, men ingen spesialistbehandling. Disse sykehusene burde ha en størrelse på 40 til 120-150 senger.⁶⁵

Etter utbyggingen av Kristiansand sykehus, Øvergaard's kirurgiske avdeling, ville sykehuset få rundt 120 sengeplasser. I antall senger ville det, om én fulgte professor Holst's størrelsesberegninger, både kunne være et lokalsykehus og et sentralsykehus. I praksis var det imidlertid ikke bare sengeantallet som avgjorde. Til tross for at andre sørlandsbyer, for eksempel Arendal, hadde små lokale sykehus, var det Kristiansand sykehus som kunne tilby spesialisert behandling til regionens innbyggere.

Rasjonalisering og økonomi

Rasjonalisering og økonomi er sentrale begreper i sykehusarkitekturen, så også i sykehusdebatten på 1930-tallet. De to begrepene har nær innvirkning på hverandre og må derfor omhandles sammen.

Når man snakket om økonomi, delte man det inn i byggekostnader og driftskostnader. Ofte viste det seg at å spare på byggekostnadene førte til økte driftskostnader. Sykehusene ble

⁶⁴ Johan Holst: "Enkelte bemerkninger om planleggelse av sykehusbygging fra medisinsk synspunkt", *Byggekunst*, 1938, s. 112.

⁶⁵ Johan Holst: "Om de forskjellige arter av sykehus og deres oppgaver", *Byggekunst*, 1932.

bygget for å vare, så i det lange løp var det driftskostnadene som kom til å bli avgjørende for sykehusets økonomi.

Helt avgjørende for å få et økonomisk godt sykehusbygg var at programmet for sykehuset var godt gjennomarbeidet. Arkitekt Thune-Larsen var av den oppfatning at et uheldig program kunne legge uovervinnelige hindringer i veien for arkitektens arbeid for å skape et billig sykehus.⁶⁶ Det krevdes god kjennskap til de forskjellige arbeidsprosesser som ville finne sted på sykehuset, og hvorledes dette fikk innvirkning på driftskostnadene.

I forbindelse med utbygging av Tønsberg sykehus holdt Ole Øvergaard et fordrag for Vestfold Fylkesting i april 1936. Her poengterte han at økonomisk drift av sykehusene ble stadig viktigere. Han mente at sykehusets økonomi var avhengig av to faktorer: *”en klok ledelse og en hensiktsmessig planleggelse.”*⁶⁷ Med en hensiktsmessig plan mente han en plan der ingen tid gikk til spille. Hvor den indre organisering var slik at man unngikk unødig transport og hvor arbeidet innad på avdelingene kunne utføres med minst mulig betjening. I sin artikkel fra 1954, *Enkelte betraktninger over sykehusbygging*, tok Øvergaard igjen opp temaet sykehusets økonomi. Han skrev at et rasjonelt plan ville gi et konsentrert anlegg med korte forbindelseslinjer mellom værelsene. Dette ville få innvirkning på lønningsbudsjettene fordi sykepleierne da fikk brukt tiden effektivt i stedet for å trække opp og ned lange korridorer på vei til sine gjøremål. *”Det blir til syvende og sist arkitektens viktigste bidrag til reduksjon av omkostningene både ved anlegg og drift.”*⁶⁸

Ole Øvergaard gjorde mye for å rasjonalisere planet i Kristiansand sykehus. Som tidligere nevnt var bygningen organisert slik at sykehusets forskjellige funksjoner var konsentrert på samme område inne i bygningen. Dette i seg selv skapte korte kommunikasjonslinjer.

Øvergaards organiseringen av kjelleretasjens kjøkkeninnretning var illustrerende: de forskjellige kjøkken og matlagre lå i nær forbindelse med hverandre. I den delen av kjøkkenavdelingen som lå nærmest heisene, hadde Øvergaard anlagt sentraloppvasken og parkering for matvognene. Dette var ideelt med tanke på at det var ut fra disse avdelingene man hadde direkte kontakt med sykehuset for øvrig. Mattrallene kunne kjøres herfra inn i heisen og bli brakt til den etasjen der maten skulle leveres. Etter at måltidet på avdelingene var ferdig, ble mattrallene fylt opp med oppvask. Trallene ble så sendt ned i kjelleren der de ble trillet direkte inn i oppvasken uten transport gjennom resten av kjøkkenet.

⁶⁶ C. Thune-Larsen: ”Hvorledes blir våre sykehus til”, *Byggekunst*, 1932.

⁶⁷ Ole Øvergaard: *Ad sak nr. 131 – fordrag for fylkestinget tirsdag den 21. april 1936*, s.386.

⁶⁸ Ole Øvergaard: ”Enkelte betraktninger over sykehusbygging”, *Byggekunst*, nr.3, 1954, s.64.

Også organiseringen av sengepostene var utpreget rasjonell. Postene hadde en midtkorridor. Den siden av korridoren som vendte mot syd og sydvest var innredet med sykeværelser. På motsatt side av korridoren hadde Øvergaard anlagt de forskjellige birom. Dette var toaletter, bad, skyllerom, lintøyrom, vaktrom og anretning. Ved at birommene lå så i nærheten av sykeværelsene, gikk det liten tid til forflytning mellom værelsene.

Korridoren

Sentralt i sykehusets organisering var trafikklederne, hvilket fikk stor betydning for en rasjonell drift. Gustaf Birch-Lindgren delte trafikklederne inn i horisontale og vertikale. Korridorer og kulverter var de horisontale trafikklederne, trapper og heiser de vertikale.⁶⁹

Spesielt utformingen av korridoren fikk stor innvirkning på sykehusets planløsning. Fra gammelt av var det mest vanlig å anlegge en sidekorridor. Korridoren lå da inn mot en av ytterveggen og hadde vindusåpninger. Med dette sikret man god ventilering og naturlig lys inn i korridoren.

Samtidig som man beveget seg bort fra paviljongsystemet, gikk man også bort fra prinsippet med sidekorridor. Arkitekt Thune-Larsen tok opp dette i en artikkel i 1932: *”Med nutidens hjelpemidler til belysning og ventilering er det ingen grunn til å fastholde det gamle prinsipp med korridor til yttervegg, da midtkorridorsystemet faller så meget billigere; likeledes gir det kortere avstander innen bygningen til stor lettelse for den dagelige drift.”*⁷⁰ Korridorens plassering og utstrekning ble viktige faktorer innen sykehusbygningen. Gustaf Birch-Lindgren delte synet til Thune-Larsen med at midtkorridor var å foretrekke. Birch-Lindgren var imidlertid også opptatt av å holde lengden på korridoren så kort som mulig. Dette hadde direkte innvirkning på driftskostnadene mente han. Lange korridorer førte med seg økte utgifter til renhold, oppvarming og belysning.⁷¹

Ole Øvergaard hadde valgt en midtkorridor i Kristiansand sykehus. Fordelene med en slik plassering for den dagelige driften, slik Thune-Larsen påpekte, demonstreres lett på sengepostene i Kristiansand. Ved at det var rom for å anlegge værelser på begge sider av korridoren, la dette forholdene til rette for en rasjonell organisering av sykerommene og deres tilhørende birom.

Hva gjaldt korridorens bredde hersket det ulike meninger. Det viktige var å ta hensyn til hvorvidt det skulle transporteres senger i korridoren. Om det skulle transporteres senger,

⁶⁹ Gustaf Birch-Lindgren: *Svenska lasarettssystemer*, 1934.

⁷⁰ C. Thune-Larsen: ”Hvorledes blir våre sykehus til”, *Byggekunst*, 1932, s.78.

⁷¹ Gustaf Birch-Lindgren: *Svenska lasarettssystemer*, 1934.

måtte korridoren være bred nok til at sengen kunne føres ned korridoren uten hindringer, videre at svingradiusen var stor nok slik at sengen kunne komme ut og inn av sykeværelsene. Man kunne eventuelt lage en smalere korridor, men da måtte døråpningene inn til sykeværelsene være slik at sengen kunne kjøres inn og ut av værelset uten å dreie 90°C. Gustaf Birch-Lindgren hadde gjort undersøkelser hva gjaldt sengenes svingradius og kommet fram til at sykehuskorridoren burde ha en minimum bredde på 2.3meter.⁷² Sykehuskomiteen i Kristiansand hadde fastsatt i programmet for arkitektkonkurransen at korridorens skulle ha en minimum bredde på 2,5meter. Korridoren Øvergaard tegnet til Kristiansand sykehus oppfylte dette kravet.

Ved at man gikk over til å anlegge midtkorridorer på sykehusene, ble muligheten til naturlig belysning av korridoren redusert. Der det tidligere hadde vært vinduer plassert i korridorens ene langvegg, var det med midtkorridoren innredet værelser på begge sider av korridoren. Birch-Lindgren talte for å anlegge vinduer på korridorens kortsider. Lyset ville da falle inn i korridorens lengderetning. Dette ville gi en bedre utnyttelse av lyset enn når vinduene var satt inn i den ene langveggen.

Ole Øvergaard valgte å sette store vinduer i korridorenden på sykehuset i Kristiansand, med unntak av kjelleretasjen. På sykepostene i 2. og 3. etasje lå imidlertid et dagligværelse for pasientene i den nordvestre ende av bygningen og hindret dermed lyset fra endevinduet til å nå inn i korridoren. Hvorvidt den naturlige opplysning av korridoren med dette ble brutt eller om det var slik at døra til dagligstuen alltid stod oppe, finnes det ikke belegg for å fastslå. I tillegg til endevinduene ble korridorene til Øvergaard også opplyst gjennom sykepostenes terrasser og 1. etasjes vindusbånd som var anlagt i byggets stumpe vinkel.

Birom

Organiseringen av et sykehus vil alltid virke inn på resultatene av sykehusdriften, dermed også på pasientenes helingsprosess og sykehusets økonomi. En viktig del av denne organiseringen er hvorledes de såkalte birom eller arbeidsrom er utstyrt og hvordan de er plassert.

Betegnelsen "birom" omfatter flere forhold. Størst betydning for legebehandlingen på et sykehus er rom som operasjonssalen og undersøkelsesrommene. Til disse rommene hører også en rekke birom som virker direkte inn på legebehandlingen: steriliseringsrom og bandasjerom for å nevne noe. Like viktig i pasientbehandlingen er imidlertid sengepostenes

⁷² Gustaf Birch-Lindgren: Svenska lasarettbyggnader, 1934.

birom. Norsk Sykehus Tidende hadde i 1934 en artikkel som tok for seg disse arbeidsrommene. Artikkelen har som mål, ”*etter inngående drøftelse med eksperter i sykepleien*”⁷³ å sette opp noen krav til innredningen og utstyret i de forskjellige birom. Artikkelforfatterne mente at til en sykeavdeling eller sengepost på 30 à 35 senger, burde denne være utstyrt med følgende birom:

Et te- og serveringskjøkken,

Et vaktrom.

Et bad med dusj,

Tre W.C.

To skyllerom,

Et skurerom (kott),

Et rom for transportvogner etc.

Et blomsterværesle,

Et rom for skyller og søppeldunker.⁷⁴

Den danske hospitalarkitekt G. Laage tok i samme tidsskrift også for seg birommene. Han bemerket at det var skyllerom, tekjøkken og lintøyrom som krevde de fleste sykepleierskrittene, og at disse derfor burde ligge sentralt i enheten. Når det gjaldt plasseringen av birommene, var det mange hensyn som måtte tas. Også i dette tilfellet var det viktig å se på hvordan et konsentrert anlegg med korte forbindelseslinjer virket positivt for sykepleiernes arbeidskapasitet.

Sengepostene på Kristiansands nye kirurgiske avdeling hadde 38 senger hver, og kan derfor ses i forhold til sengeposten som brukes som eksempel i artikkelen fra 1934. En sammenligning viser at det var store likheter. Likt var antall skyllerom, bad, kott og vaktrom. Artikkelforfatterne opererte med et blomsterværesle, i Kristiansand var dette erstattet med et anretningsrom. Sengepostene i Kristiansand hadde heller ikke eget rom for skyller og søppeldunker. Det var i stedet installert direkte skittentøynedkast som munnet ut i kjelleren. Hva angår søppel var det antagelig rom for midlertidig oppbevaring på skyllerommene. En slik ordning er å finne på mange liknende institusjoner. Øvergaard's avdeling hadde fem pasienttoaletter og et eget lintøyrom.

Den største forskjellen mellom Øvergaard's arkitektur og artikkelforfatternes oppfatning var plasseringen av et tekjøkken på hver post. Artikkelen fra '34 anbefalte det, og hadde i dette støtte i *Råd og veiledning for opførelse av sykehus*, utgitt året før. Her stod å lese at

⁷³ Red: ”Sykehusbygningers innredning – noen erfaringer II”, *Norsk Sykehus Tidende*, nr.4, 1934.

⁷⁴ Ibid.

tekjøkken skulle legges i hver etasje. At Ole Øvergaard helt hadde utelatt tekjøkken, må antagelig ses i sammenheng med Øvergaards oppfatning av sentralkjøkkenets rolle i sykehusarkitekturen, dette vil bli behandlet nærmere.

Hygiene

”Av alldeles särskild vikt är därvid en läpligt vald plats för anläggningen och en god orientering av byggnaderna, soliga balkonger och verandor, frisk och mycken luft, god ventilation, goda och lämpliga anordningar för läkare, sköterskor och övrig personal m. m. Ett sjukhus skall m.a.o. vara hygienisk i ordets vidskräcktaste bemärkelse.”⁷⁵

Sitatet er hentet fra Gustaf Birch-Lindgren og viser hvor altomfattende hygienien var i et sykehusbygg. Det som Birch-Lindgren her dro fram må ses på som de grunnleggende prinsipper for sykehushygiene. I en drøftelse av sykehusarkitekturen vil dette være svært viktig. Det kan imidlertid være grunn til å se på de hygieniske løsninger som fikk direkte innvirkning på sykehusets rengjøringsprosesser i praksis.

Et viktig punkt for arkitekten under planleggelsen av sykehuset, var å tenke hygienisk i forhold til overflatene i interiøret. Vegger, gulv og tak burde gjøres glatte og vaskbare. I enkelte rom var kravene til hygienien spesielt store, som i kjøkken, skyllerom og operasjonssaler. Her var fliser å anbefale da disse var enkle å rengjøre. Arkitekt Thune-Larsen satt fram som et alternativ å mure de aktuelle veggene i glassert stein. Dette var både en billigere og sterkere løsning.⁷⁶ Fotomateriell fra Kristiansand sykehus viser at Øvergaard valgte å flislegge den nedre to-tredjedel av veggene i operasjonssalene. Han hadde også benyttet fliser i områder over vaskene i steriliseringsværelset, samt over vasker og benker i kjøkkenavdelingen.⁷⁷

Øvergaard tok i sin artikkel fra 1934 om Kristiansand sykehus opp spørsmålet om den motsetningen som oppsto ved å bruke harde og sanitære flater, og arkitektens ønske om å skape rolige omgivelser for pasienten. For å bøte på dette tillot han å slakke på de hygieniske krav hva gjaldt de innvendige himlingene. Takene fikk derfor ingen glatt flate, men var kledd med porøse isolasjonplater. Han skrev: *”Det er dessverre et faktum at de fleste materialers lysabsorberende egenskaper er omtrent omvendt proporsjonale med de sanitære.”⁷⁸*

En annen viktig rengjøringsprosess på sykehuset var rengjøring av gjenstander benyttet i pleien og oppvask av kjøkkenservice. Spesielt i valg av løsninger for oppvasken var det store

⁷⁵ Gustaf Birch-Lindgren: *Svenska lasarettbyggnader*, 1934, s.26.

⁷⁶ C.Thune-Larsen: ”Hva der kan gjøres for økonomisering av våre sykehus’s opførelse og drift”, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 1931.

⁷⁷ Braathen, Reidun Elisabeth, produsent: *Vest-Agder Sentralsykehus – anestesi, operasjon og postoperativt*, Kristiansand, 1988.

⁷⁸ Ole Øvergaard: ”Kristiansand sykehus”, *Byggekunst*, 1936, s.95.

variasjoner mellom sykehusene. Ofte var det fra arkitektens side lagt til rette for at vask av servise skulle foregå på sengepostene. Ole Øvergaard så på dette som en lite egnet løsning, og han anla derfor sentraloppvask i kjelleren.

Rengjøring av hjelpemidler brukt i pleien, som bekken og vaskevannsfat, skulle rengjøres på avdelingene. Til dette var det anlagt et skyllerom. Birch-Lindgren hadde også tatt for seg skyllerommene. Han anbefalte at mens man tidligere kombinerte ”*skölj- og städtrum*”⁷⁹, ville det nå vært ønskelig om man delte dette i to værelser. Et skyllerom som kun tok seg av såkalte skitne prosesser som for eksempel vask av bekken. Og et anretningsrom hvor det var plass til stell av blomster og lignende.

I Kristiansand valgte Øvergaard å skille de to rommene. Han anla et skyllerom i hver fløy, altså to skyllerom per sengepost. Rommene innredet han med vasker, tørkeskap og bekkenvarmer. Antakelig installerte han også en bekkenkoker, en sterilisator, selv om dette ikke direkte framgår av plantegningene.⁸⁰ I tillegg til skyllerommene var det et anretningsrom for blomsterstell og lignende plassert sentralt i etasjen.

Pasientens omgivelser

En stor del av debatten om sykehusarkitektur dreide seg om hvorledes man ved valg av de riktige arkitektoniske løsninger kunne sikre pasienten de beste omgivelser for diagnostisering og behandling. At pasientens omgivelser ble et så viktig emne, var antakelig et resultat av økningen i antall sykehusinnleggelser, men også en videreføring av enkelte teorier fra 1800-tallet. Florence Nightingales teorier var spesielt viktige. I tillegg til å sikre pasientene god tilgang på frisk luft, var hun også opptatt av andre aspekter ved pasientenes nære miljø.

Å sørge for gode omgivelser rundt pasientene virket inn på mange områder av sykehusarkitekturen. Sykehusbygningens plassering i miljøet, sikring av gode solforhold og tilgang til frisk luft. Andre ting som spilte inn var de nære forhold som pleieenhetenes utforming, fargesetting av interiøret og begrensning av unødig støy. Arkitektens løsning på dette fikk direkte innvirkning på pasientens velvære.

”Velværet – så lagt som det er mulig å opnå det i et sykerum – er i det hele tatt avhengig av at flest mulige irritasjonsmomenter er fjernet. Og på et sykehus er det særlig viktig å gå disse irritasjonsmomenter efter i sømmene fordi irritabiliteten som regel er større hos syke

⁷⁹ Gustaf Birch-Lindgren: ”Vårt sjukhusbyggande och dess aktuella problem”, *Byggekunst*, 1938, s.116.

⁸⁰ Sterilisatorene var i tiden en forholdsvis ny oppfinnelse, en maskin man satt brukte bekken inn i, der ble bekkenet vasket og sterilisert. Blant annet omtalt i ”Sykehusbygningers innredning – noen erfaringer”, *Norsk Sykehustidende*, april, 1934.

menesker, selvoptattheten er større, følsomheten for ubehagelige sanseinntrykk er forhøiet.”⁸¹

Sol og luft

Et sentralt tema var sykehuset omgivelser og pasientværelsens plassering i bygningsmassen. Viktig var det at pasienten var sikret en god tilgang på sollys og frisk luft.

Problemstillingen var imidlertid ikke ny. Mens de forskjellige klostre under middelalderen også ga husrom og utførte en viss pleie til syke, ble det i renessansens Italia reist hospitalbygninger. Både Alberti og Filarete var arkitekter som tok for seg denne typen arkitektur. Filarete tegnet, og skrev siden en avhandling om, sykehuset Ospedale Maggiore, påbegynt 1456 i Milano. Alberti tok i sine bøker om arkitektur for seg samtidens teorier om hvorledes ren luft hadde positiv innvirkning på helsen, og hvordan dette fikk sitt uttrykk i hospitalenes omgivelser.⁸²

Viktigheten av frisk luft var også gjennomgående i tekstene til Florence Nightingale. Hennes aller første bud for god sykepleie var: *”Hold luften han puster like ren som luften utendørs, uten at han blir kald.”*⁸³ Illustrerende var også at hennes første punkt for å sikre friske og sunne hus hvor pasientene skulle oppholde seg var god tilførsel av frisk luft. Tilgangen på ren luft var sentral også i legevitenskapen, noe som i sin ytterste konsekvens førte til de mange tuberkulosesanatorier som ble reist i naturskjønne omgivelser.

Kristiansand sykehus lå i bymiljøet omgitt av byluft. Sykehuskomiteen i Kristiansand poengterte i programmet for arkitektkonkurransen at arkitektene måtte søke løsninger hvor den nye avdelingen ble skjermet fra bymiljøet rundt. Det ble lagt vekt på at omgivelsene rundt bygningen måtte være beplantet, man ønsket en hage for pasienten, verandaer for luft og solkur.

Ole Øvergaard løsning for å skjerme bygget ble å trekke det litt inn på tomta, vekk fra gatebildet. Videre planla han to separate treklynger som skulle skjerme de to fasadene som vendte ut mot byen, fasaden mot syd og sydvest. Selve bygget utstyrte han med flere verandaer, luftebalkonger for hver sengeavdeling og en felles takterrasse.

For å finne de beste løsninger måtte arkitekten i tillegg ta hensyn til det klima som omga sykehuset. Thune-Larsen, Bakstad og Rømcke tok opp dette i artikkelen *Råd og veiledning*

⁸¹ Ole Øvergaard: ”Kristiansand sykehus”, *Byggekunst*, 1936, s.94

⁸² Alberti: *The Ten Books of Architecture*, book V, chap. VIII, s.91.

⁸³ F. Nightingale: ”Notes of Hospital”, 1863, i Williamson, Lori: *Florence Nightingale and the Birth of Professional Nursing*, 1999.s.36.

for opførelse av sykehus. De mente hovedretningen på sykehusbygningen burde være vendt mot syd. Slik ville solstrålene være lengst mulig, et forhold som var viktig med tanke på våre lange og solfattige vintre.

Ole Øvergaard var også opptatt av klimaets innvirkning. I presentasjonen av Kristiansand sykehus skrev han: *"Klimaet kan man ikke beherske eller regulere, men man kan meget vel regulere eller avdempe klimaets mer eller mindre heldige virkninger. Det er dette man gjør når man orienterer sykerum mot bestemte himmelretninger for f. eks. å opnå en passende solvirkning."*⁸⁴ Øvergaard demonstrerte dette i praksis ved at han anla alle sykeværelsene vendt mot syd eller sydvest.

Pleieenheterne

Sentralt i utformingen av pleieenheterne, de såkalte sykepostene, var pasientværelsene. Øivind Larsen, professor i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo påpeker at sykehusarkitekturen alltid vil være et resultat av møtet mellom de medisinske krav, hensynet til mennesket og arkitekturens muligheter. Dessuten må idealene i samfunnet legges til.⁸⁵ Et uttrykk for dette er pasientværelsens størrelse og utforming.

I katolske land var det fra gammelt av ofte store korsformede sykesaler. Salene inneholdt et alter, ofte var helgnene St. Anthony og St. Sebastian var avbildet. Begge var helgner man mente kunne advare mot sykdom eller kurere lidelser.⁸⁶ 17- og 1800-tallets nybygde sykehus vitnet derimot om en sterkt tro på orden og den menneskelig fornuft, som en følge av dette var salene utformet etter strenge symmetriske prinsipper. En annen løsning var de sykehus som ble bygget i England i andre halvdel av 1800-tallet etter Florence Nightingales teorier. Hennes erfaringer som sykepleier i felten under Krimkrigen var at store, godt ventilerte sengesaler var av helt grunnleggende betydning og derfor ble fortrukket.

Fra eldre tider, til og med i paviljongprinsippet, innredet man stort sett sengesaler på sykehusene. Kun pasienter med svært smittsomme sykdommer eller utagerende oppførsel fikk enerom. Folk fra de øvre samfunnslag som kunne betale for det fikk også eget rom. Utviklingene på sykehusarkitekturens område som kom i første del av 1900-tallet førte med seg forandringer på dette. Det ble da mer og mer vanlig med seks-sengsstue som den største

⁸⁴ Ole Øvergaard: "Kristiansand sykehus", *Byggekunst*, 1936, s.93.

⁸⁵ Øivind Larsen: "Sykehuset – mellom livsanskuelser, medisin og folkehelse", i John Arne Balto, (red): *Sykehusarkitektur, Årbok norsk fortidsminneforening 2000*.

⁸⁶ Eksempler på dette kan være: Rogier van der Weyden: *Last Judgement Altarpiece*, Hôtel-Dieu, Frankrike, ca. 1444-48, eller: Matthias Grünewald: *Isenheim Altarpiece*, Hospital of Saint Anthony, Isenheim, Tyskland, ca. 1510-15. Fred S. Kleiner m.fl.: *Gardner's art through the ages*, 11.utgave, 2001

enheten. I *Råd og veiledning for opførelse av sykehus* slo forfatterne fast at 3 til 6-sengsværelsene skulle utgjøre 50% av forholdet mellom saler og enkeltværelser, en til to-sengsrom skulle stå for 15%, mens de resterende 35% var til sykesaler.⁸⁷ Hospitalarkitekt G. Laange holdt i 1934 et foredrag ved den danske Sykehusforeningernes årsmøte. Her slo han fast at seks-sengsstuen nærmet seg å standardiseres som en maksimumstørrelse.⁸⁸

Sykehuskomiteen i Kristiansand fulgte denne anbefaling da den utformet programmet for sykehuset, slik at pasientene skulle fordeles på rom med seks senger og mindre. Det skulle bare være aktuelt å ha en forpleiningsklasse. Men på grunn av sin sykdom, kunne pasienter få eneværelse.⁸⁹ Til tross for arkitektkonkurransens klare program, hadde Øvergaard i sitt konkurranseutkast etablert en sengesal på 10 senger. Dette ble ikke kritisert i sykehuskomiteens vurdering. I det ferdige resultat er imidlertid sengesalen fjernet og erstattet med seks- og firesengsværelser.

Fargesetting

Fargesetting av sykehusets interiør var en viktig del av sykehusarkitekturen, fordi en mente at omgivelsene pasientene befant seg i kunne ha innvirkning på rekreasjonen.

Florence Nightingale skrev i boken *Notes of Hospital* at fargen på sykehusinteriøret ikke måtte være kjedelig eller gi inntrykk av å være skitten, men at omgivelsene rundt den syke måtte være i klare og lyse farger.⁹⁰ Arkitekt Thune-Larsen var inne på dette tema i en artikkel i Tidsskrift for Den Norske Lægeforening. Han skrev at man skulle unngå den hvite fargen. Fargene skulle varieres fra rom til rom, og man skulle benytte seg av rene og klare farger.⁹¹ Sykepleier Greta Mueller talte for det samme i et foredrag om sykehuset. Foredraget ble holdt på den tredje nordiske sykepleiekongress i Stockholm 1926. Hun påpekte at vakre og rolige farger i salene, rommene og korridorene ga et varmt og hjemmetrivelig miljø. Det skapte omgivelser hvor pasientene fant rom for ro og hvile.⁹²

Ole Øvergaard skrev ikke spesifikt om fargesettingen av interiøret, verken i presentasjonen av sykehuset eller i de arbeidstegninger som er funnet. Svart-hvitt fotografier

⁸⁷ Thune-Larsen, Bakstad og Rømcke: "Råd og veiledning for opførelse av sykehus", *Norsk sykehustidende*, nr.1, 1933.

⁸⁸ G. Laange: "Planlæggelse og indretning av sygehuse", *Norsk sykehustidende*, nr.12, 1934, etter "Tidsskrift for Danske Sygehuse".

⁸⁹ "Program for nybygningen av sykehus", godtatt av formannskapet 20 novbr 1930.

⁹⁰ Nightingale, Florence: "Notes of Hospital", 1863, i Williamson, Lori: *Florence Nightingale and the Birth of Professional Nursing*, 1999.

⁹¹ Thune-Larsen: "Hva der kan gjøres for økonomisering av våre sykehus's opførelse og drift", *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 1931.

⁹² Søster Greta Mueller: foredraget publisert i *Sykepleien*, "Sjukhuset, vad en sjuksköterska bör veta", mars 1928.

fra åpningsdagen viser imidlertid at veggene på pasientværelsene og i korridoren hadde to farger. Nedre del av veggen, omtrent 2/3-deler, hadde en farge, mens den resterende del var i en lysere nyanse. Skille mellom de to fargene var markert med en mørk stripe.

Særs viktig i sykehusets interiør var operasjonssalenes fargesetting. Fotografier viser at Øvergaards operasjonsavdeling hadde mørke fliser på veggens nedre del, opp til dørkarmenes øvre list. Videomateriale fra 1988 viser at dette ble holdt intakt. Arkitekt Gustaf Birch-Lindgren hadde utført en lignende løsning av interiøret i operasjonssalen i det Kungl. Serafimerlasarettet i Stockholm. Et rom han benyttet som illustrasjon i sin doktorgradsavhandling. Han var spesielt opptatt av keramiske flisers hygieniske egenskaper og deres egnethet til å kle flater i operasjonssalen. Han tok imidlertid ikke for seg flisenes farge, som både hos Øvergaard og hos Birch-Lindgren var i en mørk tone. Siden fargesettingen i de to operasjonssalene var så lik er det imidlertid grunn til å tro at valget av mørke farger var bevisst. Det ville i så fall være i tråd med enkel fargelære. Operasjoner kan til tider medføre mye blodsøl. Hadde omgivelser og antrekkene til operasjonspersonalet vært hvite, ville kontrasten mellom det røde og det hvite bli for skarp. Dette igjen kunne få en negativ psykisk innvirkning hos den som står og opererer. Som følge av det snakker man i sykehusverdenen gjerne om ”helter i grønt”, og tenker da på operasjons- og anestesipersonalet som er kledd i grønne klær.

Støy og gjenklang

Sentralt i sykehusdebatten var også hvilke bygningsmessige tiltak arkitekten kunne sette inn for å forhindre at pasientene ble sjenert av unødig støy. Et sykehus var en kompleks bygning. Samtidig som den skulle være et sted for hvile og rekreasjon var den også et sted hvor utallige arbeidsprosesser ble utført i løpet av døgnet, og ikke alle arbeidsprosessene var lydløse. Gustaf Birch-Lindgren var av den oppfatning at jo roligere sykeværelset var, jo bedre var det for pasienten. Av tiltak som kunne brukes for å oppnå større ro, nevnte han spesielt det rent konstruksjonsmessige: bjelkelag, mellomvegger og gulvbelegg, dører og dørhengslar.

Tiltak som Øvergaard gjorde i Kristiansand sykehus viser at han var godt kjent med problemstillingen. Grunnleggende var det å begrense gjenklangen i bygget. Som en ekstra lydisolasjon var alle gulv mellom etasjene hullstensdekket med skjellsandsbelegg.⁹³ Pasientrommene var atskilt med doble, lydisolerte vegger og taket i korridorene var kledd

⁹³ Hulstein er en form for bygningsstein med store huller i som gir god varme og lydisolasjon. Lite brukt i Norge, vanlig på kontinentet. Gunnarsjaa, s.351 + ”Byggtekniske noteter fra en studiereise”, Byggekunst, 1952, Tillegget s. 20-22.

med porøse isolasjonsplater som økte lydabsorbasjonen. Disse isolasjonsmattene dekket også 2/3 av taket i pasientrommene.⁹⁴

Slamring i dører var en kilde til bråk og irritasjon. Øvergaard kalte dette for en ”bagatellarm”, en dagligdags larm som friske mennesker knapt la merke til, men som kunne skape stor irritasjon for pasienten i hennes eller hans værelse.

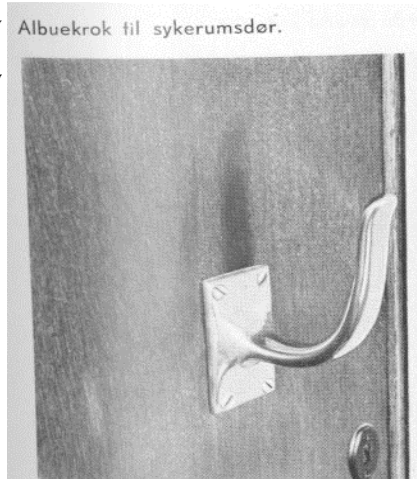
”På et sykehus er det absolutt utilstedeilig at en dør smeller og den ting f. eks. at en dør smeller igjen med et brak på grunn av gjennomtrekk, det er i virkeligheten en komplett skandale for arkitekten. Og det å lukke døren til et sykerum bør kunne skje stille uten særlig grad av aktpågivenhet. Av den grunn at denne stadige aktpågivenheten sinker søstrene i deres arbeide og sliter på arbeidsevnen.”⁹⁵

Øvergaard påpekte at den ideelle sykeromsdør ennå ikke var oppfunnet. Men en slik dør burde tilfredstille kravene om at den kunne lukkes lettvindt og stille, den skulle ikke ha terskel og den skulle være absolutt lydtett når døra inn til rommet var lukket.

For å løse dette monterte Øvergaard et tredje hengsel på sykeromsdørene i Kristiansand. Dette hengselet var et friksjonshengsel som bremsset døren slik at den ble stående i den stilling man slapp den. Dørene hadde i tillegg en spesiell rullelås med gummirulle uten fjærer.

Øvergaard sykeromsdører var ikke utstyrt med de vanlige dørvridere. I stedet hadde Øvergaard valgt å montere en albuekrok på hver side av dørbladet. Ved at han gjorde dette unngikk man lyden av dørklinka som beveget seg opp og ned.

Denne løsningen hadde også en god effekt ved andre arbeidsoppgaver sykepleierne måtte utføre. Sykepleierne hadde ofte mye å bære, for eksempel når en pleier etter endt morgenstell av en pasient, skulle bære brukt utstyr til skyllerommet. Fordi det var montert en albuekrok, kunne pleieren, uten å sette fra seg børen, få opp døra med albuen. At pleieren unngår å ta i en dørvrider, kan også begrense overføringene av smittestoffer på avdelingen.



Illustrasjon 17: Albuekrok, designet til Kristiansand sykehus, 1934.

Kjøkken – mat og oppvask

Organisering av kjøkken og matombringning var en viktig oppgave og måtte tas hensyn til i planleggelsen av sykehus. For det første måtte arkitekten ta stilling til om han skulle anlegge et sentralkjøkken for hele sykehuset, deretter hvorledes maten skulle fraktes ut til pasientene.

⁹⁴ Arbeidstegninger, 1932.

⁹⁵ Ole Øvergaard: ”Kristiansand sykehus”, Byggekunst, 1936, s.94.

”Forskjellige situasjoner stiller forskjellige forutsetninger for transportmåten. Vi har for eksempel de spredte paviljonganlegg kontra de konsentrerte blokkplanlegg – kjøkken i øverste etasje eller i kjelleren – centralopvaskrum for servise eller oppvask av servise på hver avdeling. (...) En ting er i hvert fall sikkert, at systemet for transport av mat til pasientene ved et sykehus er et så viktig ledd i sykehusets drift og økonomi, at det må planlegges omhyggelig og samarbeides med en rekke andre systemer som også er avgjørende for den rasjonelle og økonomiske drift av sykehuset.”⁹⁶

Mattransport, servering og oppvask hadde en sentral plass i debatten om sykehusarkitektur. At maten skulle tilbredes på sentralkjøkken var det enighet om, men det ble fremført to løsninger på hvorledes maten skulle fordeles ut til pasientene. Enten kunne maten kjøres til postenes tekjøkken der den ble porsjonert ut på brett og så servert pasientene, eller den kunne porsjoneres direkte fra matvognen til pasientene. Vognen stanset da utenfor pasientværelsene, eller den ble kjørt inn på rommet om det var mulig.

Ole Øvergaard omhandlet begge løsningene i sin artikkel om Kristiansand sykehus. Brettløsningen, påpekte han, stilte store krav til organiseringen av matutdelingen på postene. Skulle maten fremdeles være varm og fristende når den ankom pasienten, måtte porsjoneringen til brett gjøres på mindre enn ett minutt. Brettsystemets store fordel var de tilfellene der det skulle serveres mye diettmat. Men systemet krevde større tekjøkken eller serveringsrom, og det var da nødvendig at hele sykehuset var konsentrert i én blokk. Øvergaard mente derfor at matvognsystemet var mer fleksibelt, og at det dermed var lettere å tilpasse eldre anlegg. Dette var tilfellet i Kristiansand, der maten skulle fraktes til flere bygninger.⁹⁷

Hospitalforvalter C. A. Brekke deltok også i debatten om matombringning. Ved bruk av matvogner, især der hvor matvognen ble kjørt helt inn på stuene, påpekte han, kunne pasientene selv se hvordan maten ble servert. Serveringsmåten tillot også at pasienten kunne bestemme størrelsen på porsjonen.⁹⁸ Dette ville være fordelaktig av flere grunner. For det første var det en økonomisk vinning ved at man unngikk å få mye rester som bare måtte kastes, i tillegg kunne mat som lå igjen i vognen og derfor ikke hadde vært i kontakt med pasientene, inngå i andre måltider. En annen faktor var at sykdom ofte førte til nedsatt matlyst. Om pasienten selv bestemte størrelsen på sin porsjon, kunne det være lettere for pasienten å spise denne.

Utformingen av kjøkkenet i Kristiansand sykehus var gjenstand for ros i en artikkel i Norsk Sykehus Tidende i juni 1934. Redaktøren skrev en artikkel om elektrifiseringen av sykehusene generelt, og benyttet Øvergaards bygning i Kristiansand som eksempel. Han

⁹⁶ C. Thune-Larsen: ”Mattransport m. v. på sykehusene.” Meddelelser, november, 1938.

⁹⁷ Ole Øvergaard: ”Kristiansand sykehus”, Byggekunst, 1936

⁹⁸ C. A. Brekke: ”Mattransport m. v. på sykehusene.” Meddelelser, november, 1938.

beskrev hvordan det fra den store komfyren med hele ti kokeplater ble laget de deiligste retter, og at maten derfra gikk direkte over i oppvarmete matvogner for så å bli fraktet ut til pasientene, *"Hovedsaken er dog, at der ved hjelp av disse skaffes patientene best mulig forpleining med god mat, der spares tid og betjening, idet mellomstasjonene sløifes, og der spares plass."*⁹⁹

Debatten om matombringning hadde først og fremst form som en felles problemløsning, og fokuserte ikke på de store meningsforskjeller. Debatten om oppvasken derimot, sentraloppvask kontra oppvask innad på avdelingene var mer opphetet, med klare meningsutvekslinger for og imot de ulike standpunkt. Sentrale begreper var hygiene, økonomi og pasienttilværelsen. Norsk Sykehustidende var i årene 1933-36 arena for mange av debattinnleggene. Ole Øvergaard deltok ikke, men de løsninger han valgte i Kristiansand, og hans forklaringer for de valg han gjorde, viser helt klart hva han mente.

I *Råd og veiledning for opførelse av sykehus* anbefalte forfatterne at alt spiseservice burde vaskes og steriliseres i en sentraloppvask.¹⁰⁰ Det må imidlertid ha vært en uenighet blant forfatterne. Til tross for at de framsto samstemte, var det arkitekt Thune-Larsen og forvalter Bakstad som sto mot hverandre i den videre debatten. Arkitekt Thune-Larsen mente det var viktig å ta hensyn til at oppvask utført på avdelingene ville skape støy, damp og ubehagelig lukt og dermed være til plage for pasientene. De hygieniske krav kunne bare tilfredsstilles i et sentralkjøkken, og effektiviteten ville bli høyere om man lot et fast personale som var trent i oppgaven ta seg av oppvasken. Dette igjen ville få innvirkning på driftskostnadene av sykehuset.¹⁰¹ Forvalter Bakstad mente derimot at de økonomiske besparelser ville forsvinne i økte arbeidsomkostninger ved services transport fram og tilbake, forsinkelser i tid og arbeid hos betjeningen og økt brekkasje; servise som knuses som følge av transporten. Han gikk inn for en oppvaskmaskin per tekjøkken, og kjøkken anlagt i lyse og romlige omgivelser.¹⁰²

Ole Øvergaard var en av dem som talte for sentraloppvask. I presentasjonen av Kristiansand sykehus skrev han:

*"All opvask på avdelingene er banlyst. Slik opvask rundt på sykepostene larmer svært, den binder en uforholdsmessig stor del av betjeningen og den kan aldri bli hygiensk betryggende. Alle disse ulempene undgår man ved en centraloppvask."*¹⁰³

⁹⁹ Red: "Elektrifisering av sykehusene" – Kristiansand sykehus." *Norsk Sykehustidende*, nr.6, 1934, s.163.

¹⁰⁰ Thune-Larsen, Bakstad og Rømcke: "Råd og veiledning for opførelse av sykehus", *Norsk Sykehustidende*, nr.2, 1933.

¹⁰¹ Thune-Larsen: "Herr redaktør!" i artikkelserien Sykehusbygningers innredning, *Norsk sykehustidende*, 1934.

¹⁰² Bakstad: "Detaljene i sykehusbygg." *Norsk Sykehustidende*, nr.10, 1936.

¹⁰³ Ole Øvergaard: "Kristiansand sykehus", *Byggekunst*, 1936, s.101.

Den måten Øvergaard organiserte oppvasken på i Kristiansand sykehus, vitnet om rasjonell og økonomisk tenkning. Sentraloppvasken slik den var anlagt i kjelleren med fri adgang til heisen, sikret at matvognene hadde enkel vei inn til oppvaskmaskinene. Inne i rommet for sentraloppvasken, la Øvergaard vekt på å sikre stor nok arbeidsplass, videre skilte han mellom oppvaskbenker for servise og glass. Han mente at en slik organisering førte med seg mindre skade på servise og dermed var mer økonomisk. Å anlegge en sentraloppvask i det hele tatt, mente han, hadde stor betydning for sykehusets driftskostnader. Da sykehuset ble tatt i bruk, viste det seg at middagsoppvasken, utført av 4-5 piker, tok en halv time à tre kvarter.¹⁰⁴

Studiet av sykehuset i Kristiansand viser at Ole Øvergaard satt mennesket i sentrum ved planlegging og gjennomføring av sykehusbygget. Dette gjaldt både hensynet til pasienten og til de forskjellige yrkesgrupper som arbeidet på sykehuset. Dessuten var innstillingen den at kunnskapen som fantes på den medisinske området skulle brukes i praksis og at dette ble bestemmende for utformingen av sykehuset, både for de store, overordnede løsninger, men også hva gjaldt de minste detaljer.

¹⁰⁴ Ole Øvergaard: "Kristiansand sykehus", Byggekunst, 1936.

ANDRE SYKEHUS TEGNET AV OLE ØVERGAARD PÅ 1930-TALLET

For å vurdere Ole Øvergaards sykehusarkitektur i mellomkrigstiden, skal noen andre sykehusbygg tegnet i det aktuelle tidsrommet også nevnes. Jeg har valgt å se noe på nærmere på Ullern Tuberkulosehjem, Tønsberg sykehus og Sarpsborg sykehus.

Ullern Tuberkulosehjem

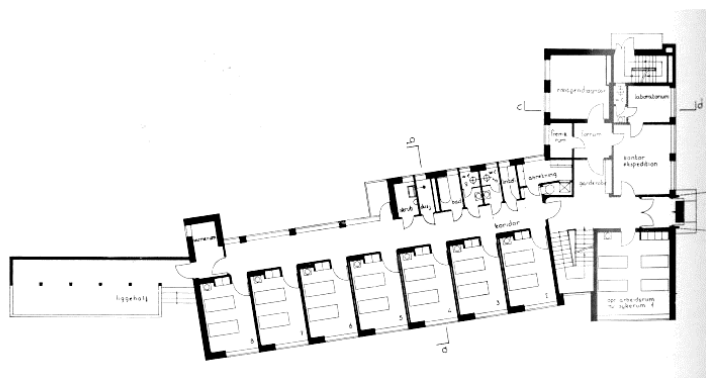


Illustrasjon 18:
Ullern Tuberkulosehjem, 1934,
modell.

Ullern tuberkulosehjem ble oppført 1933-34. Bygget var omgitt av slanke furutrær, og ble bygget i åsen rett bak Radiumhospitalet. Bygningskomplekset bestod av to tilnærmet rektangulære fløyer plassert skrått i forhold til hverandre; en sydfløy og en østfløy. Sydfløyen var i to etasjer. Hver etasje inneholdt sykeværelser og tilhørende birom. Sykeværelsene lå på rekke, og de var vendt mot syd. På den andre siden av korridoren, som vendte mot nord, var birommene plassert. Ut fra sydfløyen i retning vest var det bygget en liggehall for pasientene i to etasjer. I overgangen mellom liggehallen og sydfløyens korridor var det et innskutt ”varmerom” for tøy.

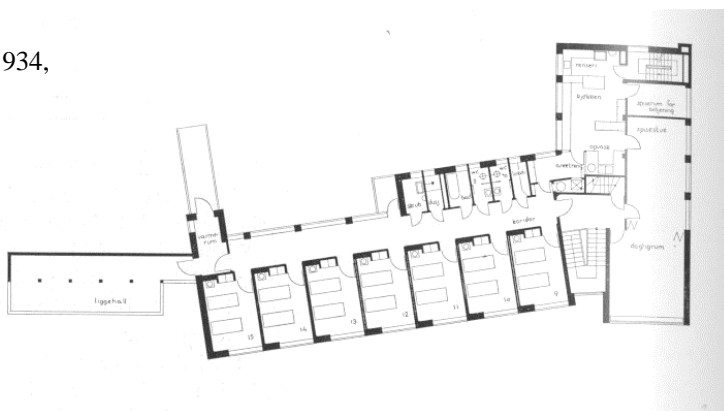
Illustrasjon 19: Ullern Tuberkulosehjem, 1934,
planttegning 1.etasje.

Plan av 1. etasje.



Illustrasjon 20: Ullern Tuberkulosehjem, 1934,
plantegnning 2.etasje.

Plan av 2. etasje.



Østfløyen hadde tre etasjer. Første etasje inneholdt behandlingsrom og kontorer, andre etasje kjøkken, spisestue og dagligværelse. Tredje etasje var forbeholdt personale. Fra denne etasjen var det utgang til sydfløyens tak der det var anlagt takterrasse.

”Da taket er omgitt av trekroner og vår herres himmel og for øvrig ligger helt isolert, antar man at det utfolder sig et paradisiske liv her oppe i søstrenes fritid om sommeren. Enkelte begeistrede uttaleser fra søsterhold synes å tyde på det, men forholdet har ikke latt sig konstatere med sikkerhet. Det er dem i tilfelle inderlig vel undt. I det hele tatt skal man stelle pent med søstrene på våre sykehus, de har jamen syv dager i uka.”¹⁰⁵

Tuberkulosehjemmet hadde utgravd kjeller under østfløyen og under deler av sydfløyen. Mot øst inneholdt kjelleren vaskeri, fyrhus og matlagre. I den andre delen var det likrom, arbeidsrom og lagre for personalet og pasientenes tøy.

¹⁰⁵ Ole Øvergaard: ”Ullern Tuberkulosehjem”, Byggekunst, 1935, s.199.

Ole Øvergaard skrev en presentasjon av tuberkulosehjemmet i Byggekunst i 1935. I tillegg til en beskrivelse av bygget framhevet han her også hvilke betingelser som måtte oppfylles og som var definert på forhånd. Det var viktig å holde byggekostnadene så lave som mulig, *"Med kaldt blod skar vi derfor ned og forenklet alt som kunne forenkles. Det er mulig at vi på enkelte områder gikk for vidt – det vil delvis vise sig efter hvert, når slit og bruk har gjort sin virkning,"*¹⁰⁶ Andre viktige forhold som måtte oppfylles var at bygningen skulle være brannsikker, ha god lydisolasjon, pasientværelsene skulle være 2-sengs, og det skulle være klare skiller mellom de forskjellige avdelinger, videre mellom pasienter og personalet.

Ullern tuberkulosehjems eksteriør var utformet ved bruk av et geometrisk formspråk. Bygningsdelene var rektangulære, taket flatt. Vinduene var firkantet og organisert symmetrisk. Kortenden av østfløyen vendte mot syd. Vinduene var på denne veggen satt i bånd. Pasientenes dagligstue lå i annen etasje innenfor denne fasaden. Rommets vindu fylte hele endeveggen, vinduet hadde smale jensprosser. Over byggets hovedinngangen, som lå i østfløyen, var en baldakin.

¹⁰⁶ Ibid. s. 197.

Tønsberg sykehus



Illustrasjon 21: Tønsberg sykehus. Fasaden til venstre; sykehusbygning 1919.
Fasade til høyre; ny inderemedisinske avdeling, Ole Øvergaard, 1938.

Ole Øvergaards bidrag til Tønsberg sykehus var en ny indremedisinsk avdeling, bygget 1936-38. Distriktet hadde hatt sykehus siden midten av 1800-tallet. Årene 1916-22 står som den største utbygningsperioden i sykehusets historie. Nytt sykehus stod ferdig i 1919, og ny epidemibygning i 1922. Belegget ved sykehuset økte imidlertid i takt med en stadig voksende befolkning i Vestfold. Sykehusets leger, med støtte i Den Norske Lægeforening, reist krav om en egen indremedisinsk avdeling. Midler til en arkitektkonkurranse ble bevilget av Fylkestinget i 1934. Rammene for arkitektenes oppdrag var å utarbeide en generalplan for sykehuset.¹⁰⁷

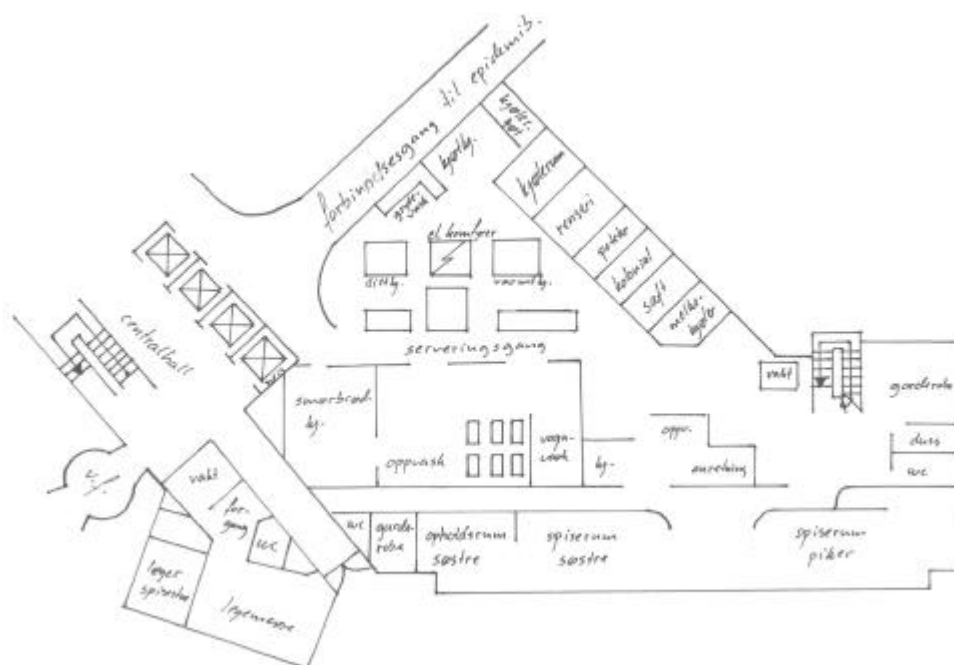
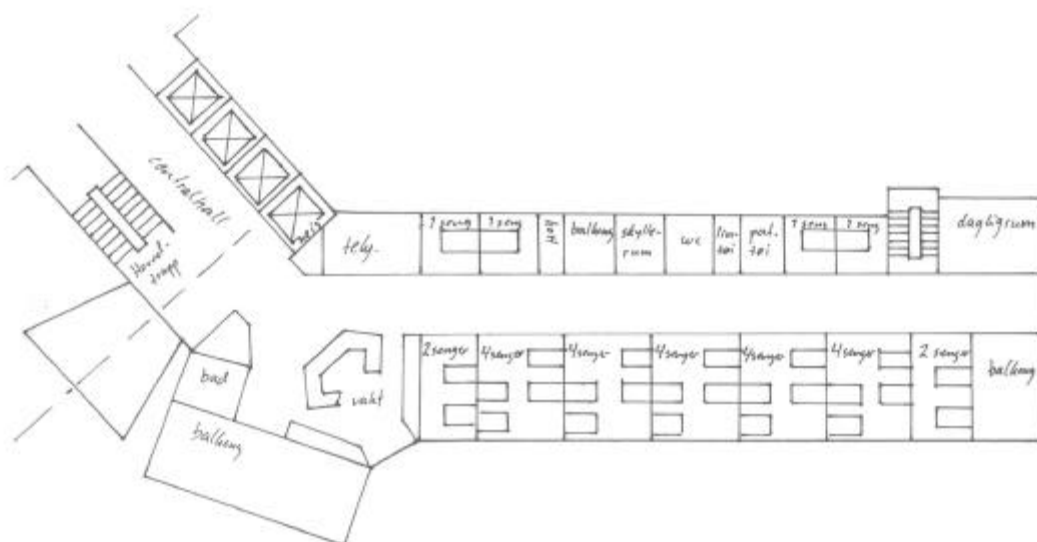
Fire arkitekter ble invitert til å delta i konkurransen: Ole Øvergaard, C. Thune Larsen, Biong og Biong og Per Nordan. I forkant av konkurransen var det opprettet en komite. Sykehusets overlege Nicolai Nissen Paus var komiteens leder, arkitekt Gustaf Birch-Lindgren var innhentet som sakkyndig arkitekt.¹⁰⁸ Øvergaard vant arkitektkonkurranse. Generalplanen for sykehusområdet ble imidlertid aldri realitetsbehandlet, men det ble i 1936 vedtatt å oppføre den indremedisinsk avdelingen fra Øvergaars forslag. Ole Øvergaard ble da tilsatt som utførende arkitekt.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Karsten Kopstad: "Vestfold Sentralsykehus 1879-1989", i Evtun, Strøm og Wefring: Årbok 2005 – Et sykehus blir til, 2005.

¹⁰⁸ "Den projektete nybygning ved Fylkessykehuset", Tønsberg blad, lørdag 23.november 1935.

¹⁰⁹ Karsten Kopstad: "Vestfold Sentralsykehus 1879-1989", i Evtun, Strøm og Wefring: Årbok 2005 – Et sykehus blir til, 2005.

Illustrasjon 22: Tønsberg sykehus, 1-4 etasje, 1938.
(skisse etter plantegning, 15.dech 1936).



Illustrasjon 23: Tønsberg sykehus, kjelleretasje, 1938.
(skisse etter plantegning, 15.dech 1936).

Den indremedisinske avdelingen var en rektangulær fløy orientert mot syd-øst. Fløyen var i fire etasjer med en sengepost per etasje. Kjelleretasjen hadde et utvidet areale. Største del av kjelleretasjen rommet sentralkjøkken, oppvask og spiserom for de ansatte.

I tillegg til den rektangulære fløyen hadde den nye avdelingen en liten tverrbygning som dannet en forbindelse mellom den nye avdelingen og den eldre hovedbygningen. Denne bygningsdelen inneholdt et åpent areale og byggets hovedtrapp. Øvergaard benevnet området som "centralhall". I første etasje i tverrbygningen lå hovedinngang til avdelingen. Hovedinngangen var markert med en baldakin. I etasjene over hovedinngangen var det store vinduer med jernsprosser. Slik kunne store mengder dagslys flomme inn i centralhallen.

Overgangen mellom de to bygningsdelene, mellom centralhall og sengepostene, var en stump vinkel. Utvendig i den stumpe vinkel var det innskutte balkonger i samtlige etasjer. I området innenfor balkongene lå søstrenes vaktrom. Fra dette området førte korridor, som var en midtkorridor, til sengepostene. Vendt mot syd lå sykeværelsene med henholdsvis fire og to senger per rom. På motsatt side av korridoren, mot nord, lå birommene; tekjøkken, skyllerom og lintøyrom. I tillegg var det tre en-sengsværelser, disse kunne benyttes som isolasjonsrom. Omtrent midt på fasaden mot nord hadde Øvergaard plassert en liten balkong skåret inn i bygningskroppen. I enden av fløyen, vendt mot øst, var det anlagt dagligstue med en balkong utenfor.

Alle pasientværelser var utstyrt med store vinduer, båndvinduer på hvert sengeværelse. Mellom vindusflatene var det et smalt felt kledd med aluminium. Vinduene opptok således store deler av fasaden. Arbeidstegninger fra 1936 viser at fasadearealet på tverrbygningen var kledd med asbestcementbølgeplater, eternitt. Tegningene gir ingen informasjon om overflatebehandlingen på resten av fasaden utover at den skiller mellom underetasjen, som på tegningene er hvit, og resten av fasaden som var skravert. Bildemateriale viser at underetasjen antagelig var malt hvit. Arbeidstegningene viser at Øvergaard planla å kle et smalt felt nederst mot bakken med heller.¹¹⁰

I tillegg til den indremedisinske avdelingen gjennomførte Øvergaard en del forandringer i de eldre sykehusbygningene slik at sykehuset i sin helhet skulle samsvare mer med datidens standard og være bedre rustet til å ta imot et økt antall pasienter. Dette være seg utskiftning av innvendige dører, da med egne hengsler og armkroker som han utviklet til sykehuset i Kristiansand, oppgradering av badene med nye vasker og flislegging rundt vaskesonene slik at det ble lettere å rengjøre. Øvergaard installerte også heis i de eldre bygningene, noe som fikk stor innvirkning på den daglige driften ved sykehuset.

¹¹⁰ Øvergaard, Ole: Plantegninger Vestfold fylkessykehus, utvidelse 1936, oslo 15.dech 1936.

I likhet med sykehuset i Kristiansand ble Ole Øvergaards sykehusbygning sett på som noe av det mest moderne innen norsk sykehusarkitektur, en oppfatning som ble støttet av Tønsberg sykehus' sakkyndige arkitekt Gustaf Birch-Lindgren:

”- Efter min mening er projektet meget interessant og bygger på meget moderne bygningsprinsipper for sykehus, forteller hr. Birch-Lindgren. Det er vel konsentrert og har gode innvendige forbindelser mellem de forskjellige afdelinger. Efter min mening er det hele meget økonomisk planlagt og inneholder i hvert fall ikke noget som ikke er på linje med det man ved sykehus i Sverige anser for å være høist nødvendig.”¹¹¹

¹¹¹ ”Den projekteerte nybygning ved Fylkessykehuset”, Tønsberg blad, lørdag 23.november 1935.

Sarpsborg sykehus

I Sarpsborg eksisterte det et lite sykehus hovedsakelig bestående av to bygninger, et sykehus og en epidemibygning, begge stod ferdig i 1901. I 1935 ble det vedtatt at det skulle utarbeides planer for et nybygg som kunne sammenføre de to opprinnelige bygningene. I 1937 fikk Ole Øvergaard forespørsel om han kunne påta seg byggeoppgaven. Dette ble starten på et mangeårig samarbeid.

Øvergaards sykehusbygning stod ferdig i 1941. I etterkrigstiden stod han for ytterligere utvidelser av sykehuset. Disse blir ikke behandlet nærmere i denne oppgaven.

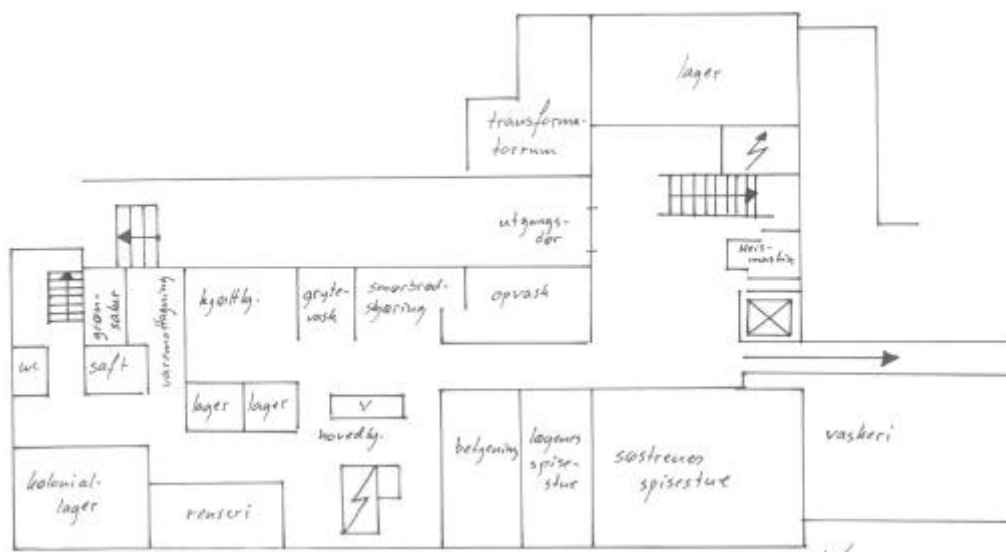
Øvergaards bygning fra 1941 var en mellombygning i to etasjer med full kjeller. Han anla nytt kjøkken i kjelleren. Bygningen hadde ca 80 senger, foruten to celler i den gamle epidemibygningen. Videre stod Øvergaard for enkelte ombygninger i den gamle sykehusbygningen. Han tegnet også en ny hovedinngang på fasaden vendt mot nord.¹¹²



Illustrasjon 24: Sarpsborg sykehus, Øvergaards mellombygning, 1941.

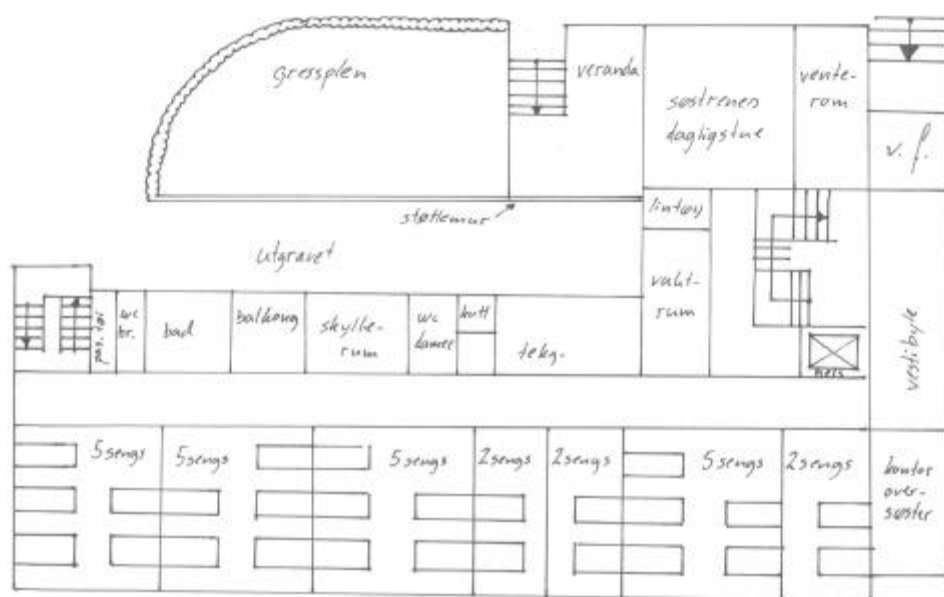
¹¹² Aarsund, red: Sarpsborg Sykehus gjennom 75 år 1901-1976, Sarpsborg, 1976.

Illustrasjon 25: Sarpsborg sykehus, kjelleretasje, 1941,
(skisse etter plantegning, 27-4-1937)



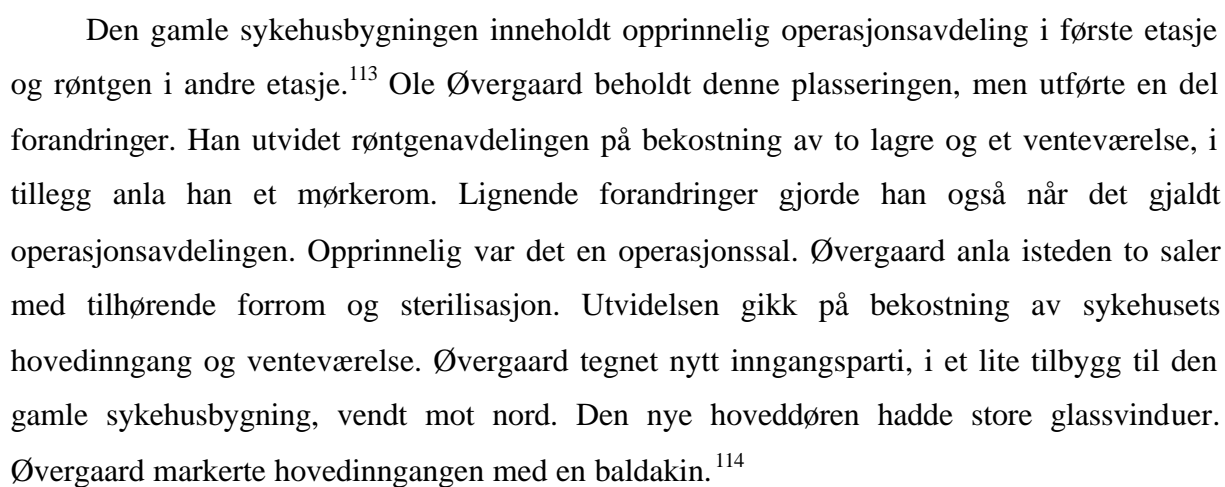
Kjøkkenet i kjelleren var utstyrt med forskjellige matlagre og kjøkken, smørbrødkjøkken, kjøttkjøkken og hovedkjøkken. Vendt mot syd, med store vinduer som slapp inn dagslys, lå renseri, hovedkjøkkenet og spisestue for de ansatte. Øvergaard fikk satt inn en heis i den gamle sykehusbygningen. Han anla en kort forbindelsesgang fra hovedkjøkkenet og oppvasken og til heisen, oppvasken lå nærmest heissjaken.

Illustrasjon 26: Sarpsborg sykehus, 1.etasje, 1941,
(skisse etter plantegning, 27-4-1937).



Første og andre etasje i den nye bygningen var sengeposter. Sykeværelsene hadde fem eller to senger. Værelsene lå vendt mot syd og var utstyrt med store vinduer. En midtkorridor skilte

Illustrasjon 27: Sarpsborg sykehus, 2.etasje, 1941, (skisse etter plantegning, 27-4-1937).



¹¹³ Arbeidstegninger S. Borg Bygg, ombyggningsarbeide 1932.

68

Hva gjaldt fasadens tekstur forteller ikke arbeidstegningene noe om dette. I likhet med arbeidstegningene fra Tønsberg var fasaden skravert med unntak av underetasjen og området mellom vinduene på nordfasaden.¹¹⁵ Fotografier av sykehuset og mellombygningen viser imidlertid at fasaden, med unntak av underetasjen, var kledd med teglstein.

Som disse presentasjonene viser bar det arkitektoniske uttrykket hos Ole Øvergaards preg av dagslyset som fikk flomme inn over interiørene. Øvergaard skapte dette ved hjelp av store vindusflater og vindusbånd. Dette satt Øvergaards bygninger inn i den modernistiske tradisjon, der lysets tilstedeværelse i arkitekturen var et viktig kjennetegn. Et annet tema fra modernismen som gikk igjen i Øvergaards sykehusbygninger var inngangspartiene som han valgte å markere med en baldakin.

¹¹⁵ Øvergaard, Ole: plantegninger Sarpsborg Sykehus – forslag til utvidelse 1936, sist rettet 27-4-1937.

OLE ØVERGAARDS SYKEHUSBYGNINGER OG DE NYE TEORIENE OM SYKEHUSARKITEKTUR

”Over hele verden bygges der sykehus – små og store såkalte moderne sykehus. Alle sykehus er ”moderne” når de er ferdige, rent bortsett fra at de aller fleste allerede er blitt noe foreldet under byggingen. Så hurtig går nemlig utviklingen.”¹¹⁶

Noe av målet med denne avhandlingen har vært å vurdere i hvilken grad Øvergaards sykehusarkitektur svarte til modernismens og den medisinske vitenskapens krav, og å undersøke om bygningene han tegnet på 1930-tallet stod i samsvar med de nye teoriene om sykehusarkitektur.

Både sykehuset i Kristiansand og i Tønsberg var noe av det mest moderne innen norsk sykehusarkitektur. Det var en oppfatning som ble hevdet offentlig, og uttalt av blant annet overlege Andersen i Kristiansand og av Birch-Lindgren om sykehusbygningen i Tønsberg. Som en følge av dette er det nærliggende å spørre: hva det var som gjorde at Ole Øvergaards sykehus fremsto som eksempler på den nye sykehusarkitekturen? For Kristiansand sykehus er dette allerede besvart. Det kan være av interesse å se likheter og forskjeller i de sykehusbygg som er presentert. Sier dette noe om Øvergaards løsninger som kan betegnes som grunnleggende? Forklarer dette at han ble betraktet som en autoritet på utforming av sykehusarkitektur i etterkrigstiden?

Planløsninger

Som vist tidligere begynte man fra rundt århundreskiftet å konsentrere sykehusanleggene i større grad enn før. Selv om man også på 1800-tallet bygde sykehusblokker i flere etasjer, var dette mer et resultat av dårlig økonomi enn av medisinske retningslinjer. Det grunnleggende prinsipp for sykehusbygging på 1800-tallet var å spre bygningsmassen utover store områder med god ventilering mellom bygningene. I sykehusarkitekturen, slik den utviklet seg utover 1900-tallet, ble det derimot et poeng å konsentrere bygningsmassen. Utvikling innen den medisinske vitenskap førte til mange nye behandlingsmetoder, og dermed ble det hensiktsmessig å anbringe pasientene nærmere den terapeutiske delen av sykehusdriften.

Et konsentrert anlegg stilte også nye krav til planløsningene innad i sykehusene. Det ble viktig å utvikle en så rasjonell planløsning som mulig. I tillegg til dette spilte økonomiske hensyn en stor rolle. Man mente at en rasjonell planløsning ville spare mange skritt. Dette igjen ville føre til at sykehuset fikk benyttet arbeidskraften optimalt. Sykehusarkitekten måtte

¹¹⁶ Ole Øvergaard: ”Enkelte betraktninger over sykehusbygging”, Byggekunst, nr.3, 1954, s.61.

for eksempel legge til rette for at portørene fikk så korte avstander som mulig for flytting av pasientene, og at sengepostene var organisert slik at sykepleierne kunne utnytte tiden sin maksimalt. Som vist tidligere, var blant annet overgangen til midtkorridor en konsekvens av disse ønsker.

Ole Øvergaard var også opptatt av å skape et rasjonelt anlegg. Både for å skape et økonomisk godt sykehus, men også ut fra hensyn til pasientene. Et eksempel på hvordan økonomiske hensyn spilte inn og var avgjørende for hans valg, var antall sengeposter han planla i Kristiansand sykehus' kirurgiske avdeling. Mens de andre deltakerne i arkitektkonkurransen hadde fordelt sengepostene på tre etasjer, valgte Øvergaard å kun benytte to etasjer. Han argumenterte for dette ved å vise til at sengeposter i to etasjer ville være billigere, fordi man da slapp unna med ett sett mindre birom. I tillegg kunne det være innsparinger å hente i driftkostnadene. Sykehuskomiteen i Kristiansand var enig Øvergaards argumenter, og trakk disse spesielt fram i sin vurdering av de innkomne arkitekturforslag.¹¹⁷

Et studium av de her utvalgte sykehusbygninger viser at de alle var konsentrerte anlegg, og at planet var utformet med tanke på å skape korte forbindelseslinjer. Radiumhospitalet skilte seg imidlertid noe fra Øvergaards senere sykehus. Mens organiseringen av sengeposten hadde mange likhetstrekk med de andre sykehusbygningene, virket resten av anlegget; behandlingsrom, personalets private værelser og kontorer, mer tilfeldig organisert. Det var i så måte stor forskjell mellom Radiumhospitalet og Kristiansand sykehus som han tegnet bare fire år senere.

Undersøkelser av arbeidstegninger og plantegninger fra de øvrige av Øvergaards sykehus viser at disse sykehus hadde mange fellestrekk med arkitekturen i Kristiansand. I denne forbindelse kan nevnes utformingen av sengepostene som var organisert med midtkorridor. Pasientværelsene lå på den ene siden av korridoren, gjerne vendt mot syd, mens postens tilhørende birom var anlagt på motsatt side. Dermed var avstanden mellom pasientværelser og birom kort, noe som gjorde at pleierne fikk brukt mer av tiden i pasientbehandlingen.

Et annet tydelig likhetstrekk i Øvergaard sykehusbygg var hans organisering av sentralkjøkkenet. I sykehuset i Kristiansand valgte Øvergaard å anlegge et sentralkjøkken med tilhørende lagerrom og sentraloppvask i kjelleretasjen. Også i Radiumhospitalet anla han et sentralkjøkken, men der plassert i en sidebygning. Kjøkkenet i Kristiansand lå nær heisen, matvogner ble fraktet opp i bygningen ved hjelp av heis eller gjennom en tunnel som Øvergaard tegnet for å lette forbindelsen til den gamle medisinske bygningen.

¹¹⁷ Komiteens innstilling, 1931.

I Tønsberg ble de samme løsninger benyttet. Her valgte han i tillegg å skille kjøkken fra oppvask med en åpen serveringsgang hvor matvognene kunne kjøres igjennom, serveringsgangen endte ved heisene. I likhet med anlegget i Kristiansand anla Øvergaard også her en forbindelsesgang til den eldre delen av sykehuset, forbindelsesgangen var en videreføring av kjøkkenets serveringsgang.

Kjøkkenet i Sarpsborg var utført på samme måte. Matlagre lå nær de forskjellige kjøkkenavdelinger, en kort gang førte til sykehusets heissjakt, oppvasken lå i den delen av kjøkkenarealet som lå nærmest heisen.

Kjøkkenløsningene på Ullern Tuberkulosehjem skilte seg fra de øvrig presenterte, noe som antagelig må ses i sammenheng med at pasienttallet her var beregnet mye lavere. Det var planlagt til bare 32 pasienter. På Ullern valgte Øvergaard å legge kjøkkenet til sengposten i andre etasje. Kjøkkenet var anlagt i østfløyen, selve sengeposten i sydfløyen.

En forskjell som var av større betydning hva gjaldt Øvergaard kjøkkenløsninger, var imidlertid at det ble innredet tekjøkken. Som vist tidligere, ble det anbefalt å anlegge et tekjøkken på postene i tillegg til sentralkjøkkenet. Ole Øvergaard var imidlertid motstander av matlaging på post, da han mente dette medførte unødig støy rundt pasientene og stred imot hygieniske prinsipper.¹¹⁸ Som et resultat av det anla han ikke tekjøkken på sykehuset i Kristiansand. Plantegningene for Tønsberg og Sarpsborg viser imidlertid at han her la inn kjøkken også på sengepostene. Det har ikke vært mulig å finne noen forklaringer på hvorfor Øvergaard anla tekjøkken i disse bygningene, så skal en si noe om dette blir det kun antagelser. Kan hende hadde erfaringer fra Kristiansand overbevist han om tekjøkkenets praktiske verdi. Erfaringsmessig er arbeid med mennesker lite statisk, forskjellige behov melder seg til forskjellige tider. Det kan for eksempel komme inn pasienter som trenger et måltid utenom faste mattider. Om resultatet ble at sykepleieren måtte gå langt og gjennom flere etasjer for bare å lage i stand et stykke brød og en kopp kaffe til en sulten pasient, ville dette stå i skarp kontrast til den effektivitet resten av anlegget etterstrebet.

Det ser ut til at det er mulig å trekke følgende konklusjon: Ole Øvergaard begynte å lete etter gode arkitektoniske løsninger under arbeidet med Radiumhospitalet, men at det var under arbeidet med Kristiansand sykehus at han fant løsninger som var gode nok til å bygge videre på. Kristiansand sykehus satte i så måte en standard for Øvergaards senere sykehusbygg.

¹¹⁸ Ole Øvergaard: "Kristiansand sykehus", Byggekunst, 1936.

Pasienten i sentrum

”Man spør seg i det hele tatt selv mange ganger om ikke sykehusene er tilbøyelige til å bli en alt for komplisert affære både administrativt og teknisk, hvor pasienten har følelsen av å forsvinne som et nummer, og hvor enkle menneskelige goder som blomster, samvær med naturen, følelsen av personlig omsorg og av hjemlig hygge forsvinner i lange korridorer og nøye overholdelse av 8-timers dag og et til ytterst rasjonelt maskineri.

Arkitekten kan gjøre meget for å ta vare på disse verdier og i ennå meget større grad enn hittil søke å komme bort fra anstaltpreget som virker skremmende på pasientene og i lengden deprimerende på personalet.”¹¹⁹

Sitatet er hentet fra Ole Øvergaards artikkel fra 1954, *Enkelte betraktninger om sykehusbygging*. Allerede i de artikler Øvergaard skrev i mellomkrigstiden, vitner det om omsorg for pasientene i utformingen av sykehusbygningene. Pasientenes sentrale plass i arkitekturen, var et resultat av de nye teoriene om sykehusarkitektur. Før denne tid ble pasientene gjerne lagt på rekker i store saler, eller man opprettet sykehus i bygninger som i utgangspunktet ikke var bygget for formålet. Slik var tilfellet i Kristiansand, hvor to villaer utgjorde byens sykehus fram til 1934.

Menneskets tilstedeværelse i sykehusarkitekturen var en problemstilling som opptok mange arkitekter. Dette forhold var internasjonalt. Øvergaard poengterte det slik: *”sykehusbygningskunsten er like internasjonal som den medicinske videnskap.”¹²⁰* Den Internasjonale Hospitalorganisasjon debatterte tema på en kongress i 1933. Som et resultat av debatten ble det vedtatt en rekke grunnleggende krav til sykehuset. Det første kravet var: *”Patienten skal være det centrum som sykehusets samlede arbeide skal dreie sig om – patientens velferd er den norm hvorefter sykehuset og alt dets arbeide skal bedømmes.”¹²¹*

Arkitekt Gustaf Birch-Lindgren behandlet også tema i sin doktorgradsavhandling: *”De sjuka utgöra i ett sjukhus det centrum, kring vilket alt måste grupperas och underordnas, (..) Högsta möjliga effektivitet från patienternas synpunkt sett bör således eftersträvas. (..) Sjukhuset skall utgöra en enhetlig anläggning, tjänande ett hovudändamål, det skall hava, vad amerikanarna kalla unity.”¹²²* Birch-Lindgren så en sammenheng mellom pasientenes velferd og et effektivt anlegg, så som rasjonelle planløsninger.

Det var imidlertid ikke bare pasientenes tilstedeværelse i arkitekturen som var avgjørende. I like stor grad var det den praktiske medisin og gjeldende oppfatninger som la føringer for sykehusarkitekturen. Ofte viste det seg ikke å være noen motsetning mellom disse forhold. Et

¹¹⁹ Ole Øvergaard: ”Enkelte betraktninger over sykehusbygging”, *Byggekunst*, nr.3, 1954, s.64.

¹²⁰ Ole Øvergaard: ”Kristiansand sykehus”, *Byggekunst*, 1936, s.93.

¹²¹ Sykepleien – organ for norsk sykepleierske-forbund, februar 1934, s.1.

¹²² Gustaf Birch-Lindgren: *Svenska lasarettbyggnader*, 1934, s. 25.

eksempel på dette var kravet om at pasientene skulle ha tilgang på frisk luft. Dette tilfredstilte både den terapeutiske delen der solbehandling og luftekurer ble ansett som viktig, og hensynet til pasientenes velbefinnende ved at pasienten fikk avbrekk fra sykeværelset og kom ut i fri natur. Det var sykehusarkitektens oppgave å legge forholdene til rette. Sykehusene ble utstyrt med solverandaer og hageanlegg.

Illustrerende i Øvergaards bygninger var Kristiansands takterrasse og luftebalkongene som var anlagt i byggets stumpe vinkel. En tilsvarende vinkel og balkonger fantes også i sykehusbygningen han tegnet i Tønsberg.

På Ullern tuberkulosehjem anla han en egen liggehall for pasientene. I og med at dette bygget ble reist for tuberkulosepasienter, var det en selvfølge fordi luftekurer var grunnleggende i den tids tuberkulosebehandling.

Ole Øvergaard tok også for seg sykehusenes nære miljø. Han søkte løsninger der bygningen ble skjermet, og slik skapte han områder hvor pasientene kunne nyte frisk luft og grønne omgivelser. Sykehuset i Kristiansand var plassert i bymiljøet. Øvergaard søkte å skjerme bygningen ved å trekke den inn på tomten, bort fra trafikken. I tillegg anla han klynger med trær som skulle gi ytterligere skjerming fra byen, og samtidig skape grønne omgivelser for de som oppholdt seg på sykehuset. Tuberkulosehjemmet på Ullern lå i et nærmest ubebyggt område og bygningen var slik omgitt av trær og fri natur. Hva gjaldt sykehuset i Tønsberg, lå det omgitt av gressplener og enkelte trær. Forholdene i Sarpsborg var antagelig, på det tidspunktet hvor Øvergaard kom inn i bildet, lite tilrettelagt hva gjaldt bygningenes nære miljø. Øvergaards arbeidstegninger viser at han i forbindelse med byggeprosessen på slutten av 1930-tallet, fikk anlagt gressplen og veranda på nordsiden av bygget. I tillegg utstyrte han hver sengepost med en balkong trukket tilbake innenfor fasadelinjen.

Om én sammenligner menneskets, eller pasientens, plass i sykehusarkitekturnen med viktige oppfatninger i modernismens arkitekturteori, finnes mange likhetstrekk. Ikke bare gjelder dette kravet om lys og frisk luft til beboerne, men i selve grunnholdningen som knyttet seg til forholdet mellom mennesket og arkitekturen.

For modernismens arkitekter ble menneskets tilstedeværelse i arkitekturen tydeligere poengtert enn i tidligere perioder. Arkitekturen skulle tilfredsstille og legges til rette for menneskenes daglige behov. Den samme problemstillingen var aktuell i debatten om sykehusarkitektur. Vektleggingen av menneskelige hensyn ved utformingen av sykehusene, hadde likevel først og fremst sammenheng med sykehusvesenets betydning i samfunnet. Tidligere hadde sykehusene hatt som funksjon å pleie og ta vare på de svakeste i samfunnet, nærmest som et fattighus, men uten noe stort behandlingstilbud. På slutten av 1800-tallet kom

mange nye medisinske oppdagelser som røntgenstråler, bakteriologien og antiseptikken for å nevne noe, til å revolusjonere medisinen sine muligheter. Dette ga mennesket nye våpen i kampen mot sykdom og med det fikk sykehusene en ny betydning, fra fattighus til behandlingsanstalter.

Modernisten Ole Øvergaard

Ole Øvergaard var i sin arkitektgjerning sterkt engasjert, noe hans arbeid for boligsaken viste. At han i mange år var medlem i fagbladet Byggekunst's redaksjonen, blant annet som fagredaktør i 1925, understreker dette. Hans engasjement førte til at han var oppdatert om nye teorier og retninger innenfor arkitekturen. Øvergaard hadde god kjennskap til den modernistiske arkitektur da han forlot nyklassisismen. Som tidligere nevnt, var boligkomplekset i Åsengata som Øvergaard begynte å tegne i 1929 modernistisk i formen, likeså Hotell Continental som han tegnet i årene 1930-32. Hva gjaldt sykehusbygningene hans var også disse, med unntak av Radiumhospitalet fra 1927, modernistiske.

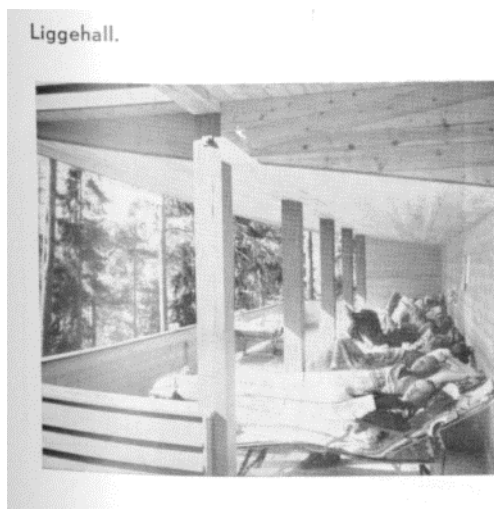
De modernistiske arkitekter søkte et formspråk basert på geometri og rene linjer, de horisontale linjene dominerte. Arkitekturen skulle være enkel og gjenspeile bygningens funksjonelle behov. Ole Øvergaards sykehusbygninger var et uttrykk for dette, med geometrisk formspråk og en horisontal linjeføring. I sykehusene i Tønsberg og Sarpsborg kledde Øvergaard feltene mellom vinduene i et annet materiale enn fasaden for øvrig. Dette var med på å understreke bygningenes horisontale preg.

En viktig forutsetning for den modernistiske arkitektur var den nye teknologien, særlig bruken av armert betong eller jernbetong. Dette førte til nye konstruktive løsninger, hvor ytterveggene ikke nødvendigvis var det bærende element, noe som ga arkitektene større frihet i utformingen av plan og fasade.

Ole Øvergaard var tidlig ut med å benytte armert betong. Han brukte dette allerede i Åsengata (1929-31). Det var den første kommunale boligblokk med betongdekker. Øvergaard videreførte dette til sine sykehusbygg som alle var oppført med et indre stålskjelett. Dette satt preg på arkitekturen. Blant annet lot Øvergaard store deler av fasaden være vindusåpninger. Vinduene var store og firkantede og plassert på rekke. Øvergaard lot de innenforliggende romforhold være bestemmende på vinduenes størrelse og plassering. Mens sykeværelsene ofte hadde vindusbånd som var organisert symmetrisk, hadde fasaden hvor birommene vendt ut, gjerne mindre, men flere vinduer. I Tønsberg og på Ullern Tuberkulosehjem benyttet Øvergaard jernsprosser, "fabrikksprosser". Ved å benytte jernsprosser kunne han skape store

glassflater fordi metallet tålte større belastning enn hva tresprosser gjorde. Det var flere av modernismens arkitekter som benyttet slike sprosser, blant annet Le Corbusier.

At Ole Øvergaard benyttet armert betong gjorde at han kunne la praktiske hensyn i større grad enn tidligere bli avgjørnede i utformingen av planløsningene. Illustrerende var liggehallen i Ullern Tuberkulosehjem. Det var en konstruksjon som var åpen på tre sider. Bærende elementer i bygget var bakveggen og slanke, frittstående betongpilarer. Centralhallen i Tønsberg ble reist ut fra de samme prinsipper. Det store vinduet over hovedinngangen var mulig fordi ytterveggen ikke var en del av byggets bærekonstruksjon.



Illustrasjon 28: Ullern Tuberkulosehjem, liggehall, 1934.

Som et estetisk element, muliggjort ved å bruke armert betong, stod baldakinen i særklasse. Som vist tidligere i teksten ble baldakinen et kjennetegn for modernismen. I likhet med andre modernister benyttet også Øvergaard baldakinen i sin arkitektur noe som viste seg i hans sykehusarkitektur. Med unntak av Radiumhospitalet som hadde et klassisk inngangsparti, en portiko med pilarer og doriske søyler, hadde de andre sykehusene som er studert, en baldakin som markerte hovedinngangen til sykehuset. Selve inngangsdørene var enkelt utformet og hadde store vindusflater.



Illustrasjon 29: Radiumhospitalet, inngangsparti. De to midterste bærende element er utformet som doriske søyler.

Tegnet 1927-29, foto 2005.



Illustrasjon 30: Inngangsparti Ullern Tuberkulosehjem, tegnet 1933.

Ole Øvergaard benyttet i sin sykehusarkitektur modernismens formspråk og må regnes med blant de norske modernister. Det var imidlertid ikke Øvergaards modernisme som ble viktig i samtid og ettertid, men hans arkitektoniske løsninger for sykehusets indre organisering. Sykehuset var en kompleks bygning med mange forskjellige funksjoner. Og samordne disse var sykehusarkitektens viktigste oppgave, noe som nok førte med seg at de estetiske løsninger ble underordnet.

Oppsummering

*"Følelsen av kvalitet går igjen i alle dine bygg. Sykehus er i de senere år etter at du vant Radiumhospitalet og Kristiansand Sykehus blitt din hobby. På dette området har du vært nyskapende, og alle andre arkitekter som arbeider med sykehus i dag her hjemme har vel lært det de kan av deg og kan takke deg for råd i mange år."*¹²³

Til Ole Øvergaards 60 års dag 29.november 1953, Knut Knutsen.

Før 1930-tallet var Ole Øvergaard en allsidig arkitekt som løste forskjellige byggeoppgaver. Han tegnet rekkehus, boligblokker og noen villaprosjekter, blant annet sammen med Lars Backer. I 1927 og 1931 vant han arkitektkonkurransene om Radiumhospitalet og Kristiansand sykehus. Dette førte til at Ole Øvergaard valgte å spesialisere seg på sykehusarkitektur. Kildematerialet opplyser ikke noe om hvorfor Øvergaard nærmest helt sluttet å tegne annen type arkitektur. Men gjennom å ha studert hans arkitektur og tekster, kan en trekke noen slutninger: Som nevnt innledningsvis i oppgaven må man se bygging av sykehus i sammenheng med samfunnets oppfatning av sykdom og ansvar for befolkningens helse. At Øvergaard ble sykehusarkitekt kan settes i sammenheng med hans sosiale engasjement. Det var det samme engasjementet som lå til grunn for han arbeid for boligsaken. En annen viktig faktor var at oppgaven med å tegne sykehus var så omfattende, at han som arkitekt var nødt til å spesialisere seg på den typen bygg. Det var helt nødvendig om han skulle være i stand til å tegne fult ut gode og funksjonelle bygninger.

Ole Øvergaard var en engasjert og løsningsorientert arkitekt. Det som har slått meg i mitt studium av Ole Øvergaard, og spesielt Kristiansand sykehus, er at sykehusbygningene som Øvergaard tegnet var usedvanlig moderne. Ser en på de ideer om sykehusarkitektur som kom til uttrykk i samtiden: i første nummer av Norsk Sykehustidende i 1933 med artikkelen *Råd og veiledning for opførelse af sykehus*, i Gustaf Birch-Lindgrens doktorgradsavhandling som kom i 1934 og i bladet Meddelelser der første nummer kom i 1938, er mange av de

¹²³ Knut Knutsen: "Hyllest til Ole Øvergaard", Arkitektnytt, 1954, s.3.

løsningene for sykehusarkitekturen som ble presentert allerede å finne i Øvergaards sykehus. Det er tydelig at Ole Øvergaard fulgte med i debatten fra den spede begynnelse, og hadde gode kunnskaper om sin tids teorier og nyvinninger både hva gjaldt arkitektur og medisinsk vitenskap.

SAMMENFATNING OG KONKLUSJON

Avhandlingens mål har vært å gi en presentasjon av arkitekt Ole Øvergaard og hans sykehusarkitektur fra 1930-tallet. I tillegg til å fokusere på Øvergaards arkitektur, gir avhandlingen et innblikk i noen av de forandringer som fant sted innenfor områdene sykehusarkitektur og den medisinske vitenskapens sin utvikling. Følgende problemstillinger ble reist:

1- Å gi en presentasjon av sykehusarkitekten Ole Øvergaard, ved å velge ett av hans sykehus som hovedfokus for oppgaven. Jeg har valgt sykehuset i Kristiansand fordi dette ser ut til å danne grunnlaget for Øvergaards senere sykehusarkitektur.

Ole Øvergaard ble uteksaminert fra arkitektavdelingen på NTH i 1916. Det første tiåret etter endt skolegang tegnet han først og fremst arbeiderboliger og kommunale boligblokker. Han var også engasjert i arbeidet rundt østkantutstillingen.

I 1927 vant Øvergaard arkitektkonkurransen om Radiumhospitalet som skulle reises på Montebello. I 1931 ble han invitert til å delta i en arkitektkonkurranse om ny kirurgisk avdeling til Kristiansand sykehus. Øvergaard vant også denne konkurransen. Den nye avdelingen åpnet for drift i 1934. Dette førte til at Øvergaard valgte å spesialisere seg på sykehusarkitektur og han ble etter hvert betraktet som landets ledende arkitekt på området.

Et studie av arbeidstegninger, bildemateriale og Øvergaards egne presentasjoner av de to sykehusene viser at det var store forskjeller både hva gjaldt eksteriør og i organiseringen av bygningsmassen. I forhold til i sykehuset i Kristiansand fremstod Radiumhospitalet rotete oppbygget med lite forbindelse og indre struktur mellom lokalene som var utformet med tanke på de forskjellige funksjoner; behandlingsværelser, kontorer, sengeposter og serviceavdelinger. I Kristiansand hadde Øvergaard kommet fram til mer enhetlige løsninger, der sykehusets forskjellige funksjonsområder var samlet på étt område. Samtidig var de indre plan organisert slik at de forskjellige områdene hadde god forbindelse med hverandre. Røntgenavdeling og behandlingsrom var samlet i første etasje. Andre etasje inneholdt sengeposter. Tredje etasje var delt i to atskilte deler. Den ene delen ga rom til de av søstrene som måtte bo i sykehusbygningen, den andre delen var forbeholdt operasjonssaler og var skjermet fra sykehusets øvrige trafikkårer. Sentralt i bygningen var heisen. Sykehusbygningen i Kristiansand ble sett på som noe av det mest moderne i landet.

For å få et inntrykk av Øvergaard som sykehusarkitekt har jeg også studert andre sykehusbygninger som han tegnet på 1930-tallet. Dette var Ullern Tuberkulosehjem, Tønsberg sykehus og Sarpsborg sykehus. Arbeidstegninger, fotografier og omtale fra samtiden viser at det var store fellestrekk mellom disse bygningene og avdelingen han tegnet i Kristiansand. Dette viser at det var sykehusarkitekturen i Kristiansand, som kom til å danne utgangspunktet for Øvergaards senere arkitektur.

Ved nærmere studium av kildene, kom det også fram opplysninger om hvilke omtale sykehusene fikk da de stod ferdig. Både andre arkitekter og medisinerer ga uttrykk for sine synspunkter. I denne sammenheng var det spesielt interessant at arkitekt Gustaf Birch-Lindgren vurderte bygningen i Tønsberg. Han uttalte følgende: *"Det er vel konsentrert og har gode innvendige forbindelser mellom de forskjellige avdelinger. Efter min mening er det hele meget økonomisk planlagt og inneholder i hvert fall ikke noget som ikke er på linje med det man ved sykehus i Sverige anser for å være høist nødvendig."*¹²⁴

2- Å gi et bidrag til kunnskapen om norsk sykehusarkitektur.

For å presentere og vurdere Ole Øvergaards sykehusarkitektur har det også vært nødvendig å se bygningene han tegnet i en historisk sammenheng hva angår sykehusarkitektur. Dette har gitt en større forståelse av sykehusarkitekturens utvikling, og av Øvergaards rolle i denne utviklingen.

En stor del av dette arbeidet har vært å samle inn og studere oppfatninger om sykehusarkitektur som var rådene i norsk mellomkrigstid. Videre har jeg vurdert Ole Øvergaards arkitektur i forhold til dette.

Jeg ønsket å bidra med et nytt stykke forskning om norsk sykehusarkitektur. På to områder tilfører oppgaven ny kunnskap i den sammenheng. For det første ved å studere Ole Øvergaards virksomhet som sykehusarkitekt spesielt. Han var en viktig aktør på feltet, og hans sykehusarkitektur har ikke tidligere vært studert. For det andre har mitt arbeid bidratt til å gi ny kunnskap om sykehusarkitekturens utvikling i mellomkrigstida.

3- Å se nærmere på hvordan sykehusarkitekturen ble utformet, sett i lys av den tids medisinske forskning og sykepleieteori, og å undersøke om medisinsk teori og vitenskap har vært retningsgivende for de arkitektoniske valg som er gjort.

¹²⁴ "Den prosjekterte nybygning ved Fylkessykehuset", Tønsberg blad, lørdag 23.november 1935.

Store framskritt innen legevitenenskapen i 1880- og 90-årene førte til forandringer i sykehusarkitekturen. Fra midten av 1800-tallet var normen å spre sykehusbygningene utover store områder. Dette stod i forhold til den tids sykdomsoppfatninger, miasmeteorien, hvor man mente at sykdom ble spredd på grunn av dårlig og stillestående luft. Da man på begynnelsen av 1900-tallet begynte å konsentrere sykehusanleggene hadde dette flere årsaker.

For det første forandringer i smitteteoriene. Bakteriologien førte med seg konkrete hygieniske foranstaltninger og miasmeteorien ble raskt foreldet. Omtrent samtidig med oppdagelsen av bakterier gjorde legevitenenskapen store framskritt hva gjaldt den terapeutiske delen. Dette ga store muligheter for diagnostisering og behandling, noe som igjen krevde større og mer spesialiserte forhold på sykehuset. Slik overlege ved Rikshospitalet, professor Johan Holst uttrykte det i 1938: *"hver spesialitet krever et spesialverksted: et spesialsykehus eller en spesialavdeling"*.¹²⁵

En interessant del av arbeidet med avhandlingen har vært å undersøke nærmere hvem som engasjerte seg i debatten om sykehusarkitektur. En gjennomgang av tidsskrifter, foredrag, sammensetningen og deltakelse i fora som drøftet de forskjellige temaer viser at de yrkesgrupper som engasjerte seg var arkitekter, leger, sykehusforvaltere og til en viss grad sykepleiere. Hva angår sykepleierne har det vært overraskende lite skrevet materiale å finne om hvordan de som yrkesgruppe forholdt seg til sykehusarkitekturen. At deres mening var viktig for sykehusarkitekten fremheves imidlertid av flere ledende sykehusarkitekter. Det essensielle blir at det var representanter fra yrkesgrupper tilsluttet helsevesenet som var mye av drivkraften for sykehusarkitektens utvikling, og at sykehusarkitektene ofte tok disse med i beslutningsprosesser for konkrete sykehusbygninger.

På spørsmålet om den medisinske vitenskapen var retningsgivende for de arkitektoniske valg innen sykehusarkitekturen blir svaret et uforbeholdent ja. Slik miasmeteorien skapte sine sykehusanlegg på 1800-tallet, fikk medisinske nyvinninger i tida rundt århundreskiftet konsekvenser for sykehusene oppført på 1900-tallet.

4- Å vise hvorledes de funksjonalistiske ideer kommer til uttrykk i arkitekturen.

¹²⁵ Johan Holst: "Enkelte bemerkninger om planleggelse av sykehusbygging fra medisinsk synspunkt", Byggekunst, 1938, s. 112.

Denne problemstillingen har skilt seg noe ut fra de øvrige, fordi de tre første viste seg å ha så nær forbindelse med hverandre. Likevel er det en viktig å se Ole Øvergaards arkitektur fra denne tiden i forhold til funksjonalismen.

Modernismens formspråk var preget av rene linjer og geometriske former. Viktige kjennetegn var blant annet flatt tak, ikke bærende fasade, frie plan og vindusbånd. For modernismen var det dessuten viktig at bygningens funksjon skulle komme klart til uttrykk i arkitekturen.

Gjennom beskrivelse og analyse av Øvergaards bygninger er det vist hvorledes funksjonalismen kom til uttrykk i hans sykehusbygninger. Karakteristisk var det enkle formspråket tuftet på geometri og enkel linjeføring.

Tilgjengeligheten til frisk luft og til naturen var også forhold som ble tillagt stor verdi og derfor ble vektlagt i Øvergaards sykehusbygg. Han anla takterrasser og luftebalkonger lett tilgjengelig for både pasienter og personalet.

Det har vært mulig å vise at det var mange likhetstrekk mellom den modernistiske arkitekturoppfatning og den oppfatning som ble medisinsk begrunnet når det gjaldt hvilke betingelser sykehusarkitekten måtte oppfylle for å yte pasientene den beste helsebringende effekt.

LITTERATURLISTE

- Alberti, Leon Battista: The Ten Books of Architecture, The 1755 Leoni Edition, Edward Owen, London 1755, nytt opplag: Dover Publications, New York 1986.
- Balto, John Arne (red.): Norsk sykehusarkitektur, Årbok fortidsminneforeningen 2000, Oslo 2000.
- Bech-Danielsen, Claus og Hansen, Jens Scherup (red.): Modernismens genkomst – en antologi, Arkitektens forlag / Stantens Byggforskningsinstitut, 2001.
- Bing, Morten: Østkanthjemmene og østkantutstillingen. Boskikk og boligidealer i mellomkrigstidens Oslo, Østfold Trykkeri A/S, Norsk folkemuseum 2001.
- Birch-Lindgren, Gustaf: Svenska lasarettbyggnader. Moderen lasarettbyggnadskonst i teori och praktikk, doktorgradsavhandling, den Kungl. Tekniska Högskolan, Stockholm 1934.
- Brantenberg, Tore: Sosial boligbygging i Norge 1740-1990. Fra arbeiderboliger til husbankhus, Ad Notam Gyldendal/Den Norske Stats Husbank, Oslo 1996.
- Braathen, Reidun: Museet ved Vest-Agder Sentralsykehus, 1998, Vest-Agder Sentralsykehus.
- Brochmann, Odd: Bygget i Norge – fra 1814 til etterkrigstiden, Andersen og Butenschøn AS, 3.opplag, Oslo 2003 (1979).
- Curtis, William: Modern architecture since 1900, third edition, Phaidon Press Limited, London, 2005.
- Dahl, Ottar: Grunntrekk i historieforskningens metodelære, Universitetsforlaget, Oslo, 2002.
- Evtun, Strøm og Wefring: Årbok 2005 – Et sykehus blir til, Cicero Grafisk AS, Tønsberg, 2005.
- Falkum, Erik og Larsen, Øivind: Helseomsorgens vilkår – Linjer i medisinsk sosialhistorie, Universitetsforlaget, Oslo, 1981.
- Findal, Wenche: Norsk modernistisk arkitektur: om funksjonalismen, Cappelen, Oslo, 1996.
- Gunnarsjaa, Arne: Arkitekturleksikon, Abstrakt forlag, Oslo, 1999.
- Henriksen, Petter (red.): Store norske leksikon, bind Helm-Is, Kunnskapsforlaget, Oslo 1997.
- Johnson, Espen: Gudolf Blakstad og Herman Munthe-Kaas, avhandling hovedfag i kunsthistorie, Universitetet i Oslo, 1993.
- Kjeldstadli, Knut: Fortida er ikke hva den en gang var – en innføring i historiefaget, Universitetsforlaget, Oslo, 1999.
- Kleiner, Fred S. m.fl.: Gardner's art through the ages, 11.utgave, Harcourt College Publishers, 2001.

- Kopstad, Karsten: Vestfold Sentralsykehus 1879-1989 – 110 år i sykepleiens tjeneste, Tønsberg, 1989.
- Le Corbusier: Mot en arkitektur, 2. utgave Paris 1924, Norsk utgave: Spartacus Forlag, Oslo 2004.
- Leistikow, Dankwart: Ten Centuries of European Hospital Architecture, Ingelheim am Rhein: C. H. Boehringer Sohn, 1967.
- Lundahl, Gunilla (red): Nordisk functionalism, Arkitektur Förlag AB, Stockholm 1980.
- Nightingale, Florence: "Notes of Hospital", 1863, i Williamson, Lori: Florence Nightingale and the Birth of Professional Nursing, Thoemmes Press and Edition Synapse, England, 1999.
- Nerding, Winfried: Alvar Aalto – Toward a Human Modernism, Prestel, Munich, London New York, 1999.
- Nylenna, Magne (red): Store medisinske leksikon I-M, Kunnskapsforlaget, Oslo 1998.
- Sindig-Larsen, Staale: Arkitekturteori og bygningsanalyse, Tapir Forlag, 1994.
- Thue, Oscar: Norsk kunstnerleksikon, bind 4, Universitetsforlaget A/S, Oslo 1986.
- Wyller, Ingrid: Sykepleiens historie i Norge, Forlaget land og kirke, 6.opplag, Oslo 1966.
- Åman, Anders: Om den offentliga vården – Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen. En arkitekturhistorisk undersökning, LiberFörlag, Sveriges Arkitekturmuseum, Stockholm, 1976.
- Aarsund, red: Sarpsborg Sykehus gjennom 75 år 1901-1976, Sarpsborg, 1976.

Artikler

- Backer, Lars: *Vor holdningsløse arkitektur*, Byggekunst, 1925.
- Bakstad: *Detaljene i sykehusbygg*. Norsk Sykehustidende, nr.10, 1936.
- Bakstad, Rømcke og Thune-Larsen: *Råd og veiledning for opførelse av sykehus*, Norsk sykehustidende, nr.1+2, 1933.
- Birch-Lindgren, Gustaf: *Vårt sjukhusbyggande och dess aktuella problem*, Byggekunst, 1938.
- Brekke, C. A.: *Mattransport m. v. på sykehusene*. Meddelelser, november, 1938.
- Ellefsen, Johan: *Hvad er tidsmessig arkitektur?*, Byggekunst, november 1927.
- Grundt, Odd: *Ribbeløse dækker (Pilzdækker)*, Byggekunst, 1925.
- Holst, Johan: *Om de forskjellige arter av sykehus og deres oppgaver*, Byggekunst, 1932
- Holst, Johan: *Enkelte bemerkninger om planleggelse av sykehusbygging fra medisinsk synspunkt*, Byggekunst, 1938.

- Larsen, Øivind: *Sykehuset – mellom livsanskuelser, medisin og folkehelse*, Norsk sykehusarkitektur, Årbok norsk fortidsminneforening 2000, Oslo, 2000.
- Laange, G.: *Planlæggelse og indretning av sygehuse*, Norsk Sykehustidende, nr.12, 1934, etter ”Tidsskrift for Danske Sygehuse”.
- Mueller, Greta, Søster: *Sjukhuset, vad en sjuksköterska bör veta*, Sykepleien, mars 1928.
- Red: *Elektrifisering av sykehusene” – Kristiansand sykehus*. Norsk Sykehustidende, nr.6, 1934
- Red.: *Sykehusarkitekten*, Byggekunst, nr.3, 1954.
- Red: *Sykehusbygningers innredning – noen erfaringer*, Norsk Sykehustidende, artikkelserie, 1934.
- Red: *Ullern hjem for tuberkulose. Og dets læge og chef rd. Sofie Tillisch*. Norsk Sykehustidende, nr.4, 1934.
- Schnitler, Karl: *Klassisistisk og malerisk arkitektur i Norge og Italien. Klare linjer – ingen samlingspolitik*, Byggekunst, 1925.
- Thune-Larsen, C: *Hvorledes blir våre sykehus til*, Byggekunst, 1932.
- Thune-Larsen, C.: *Økonomisk modernisering og utvidelse av sykehus*, Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 1932.
- Thune-Larsen, C.: *Doktordisputasjon om sykehusbygging*, Byggekunst 1934, tillegget.
- Thune-Larsen, C.: *Sykehusbygging og arkitektens kvalifikasjoner*, Byggekunst, 1934.
- Thune-Larsen, C.: *Mattransport m. v. på sykehusene*. Meddelelser, november, 1938.
- Øvergaard, Ole: *Vigelandsmuseet*, Byggekunst, 1925.
- Øvergaard, Ole: *Arkitekthjem IV. Eget hus, Fornebo*, Byggekunst 1928
- Øvergaard, Ole: *Det norske Radiumhospital*, Byggekunst 1932.
- Øvergaard, Ole: *Åsengaten 24B*, Byggekunst, 1932.
- Øvergaard, Ole: *Ullern Tuberkulosehjem*, Byggekunst, 1935.
- Øvergaard, Ole: *Kristiansand sykehus*, Byggekunst, 1936.
- Øvergaard, Ole: *Enkelte betraktninger over sykehusbygging*, Byggekunst, nr.3, 1954.
- Aars, Harald: *Oslo kommunes boligbygging*, Byggekunst 1931.
- Sykepleien – organ for norsk sykepleierske-forbund, februar 1934.
- Byggekunst 1938, Tillegget.
- Byggekunst, 1952, *Byggtekniske notater fra en studiereise*, Tillegget s. 20-22.

Avisartikler

Fædrelandsvennen: *Kristiansands nye sykehus skal bygges paa den nuværende sykehustomt,*
lørdag 12.april 1930.

Der blir ingen arkitektkonkurranse om sykehuset, onsdag 3.september
1930.

Sammen med overlægen paa en rundtur gjennom palasset, lørdag
29.september 1934.

Agderposten: *Kristiansand tar sitt nye sykehus i bruk mandag,* lørdag 29.september 1934.

Tønsberg blad: *Den projekterte nybygning ved Fylkessykehuset,* lørdag 23.november 1935.

Fylkessykehuset fullt på høide med landets beste, fredag 1.april 1938.

Fylkessykehusets nye avdeling besees av trygdekassens representanter,
13.februar 1939.

Vestfold arbeiderblad: *Utvidelsen av Fylkessykehuset,* 22.februar 1939.

Video

Dette er videoopptak fra Kristiansand sykehus og de ansatte på sykehuset, tatt opp i forbindelse med flyttingen av sykehuset fra bygningene i Tordenskjoldgate til nytt sykehusanlegg på Eg i 1988.

Braathen, Reidun Elisabeth, produsent: Vest-Agder Sentralsykehus – serviseavdelinger,
Kristiansand, 1988.

Braathen, Reidun Elisabeth, produsent: Vest-Agder Sentralsykehus – røntgenavdeling,
Kristiansand, 1988.

Braathen, Reidun Elisabeth, produsent: Vest-Agder Sentralsykehus – anestesi, operasjon og postoperativt, Kristiansand, 1988.

Braathen, Reidun Elisabeth, produsent: Vest-Agder Sentralsykehus – lungeavdelingen med diagnosestasjon, Kristiansand, 1988.

Braathen, Reidun Elisabeth, produsent: Vest-Agder Sentralsykehus – kirurgisk avdeling,
Kristiansand, 1988.

Ikke publisert materiale

Kristiansand sykehus:

Arkivmateriale Kristiansand sykehus, Tordenskjoldsgate 65. Byggekomiteens dokumenter ligger i 3 bokser som er merket med "Sykehuset" boks 1-3, boksene er i dag hos Byarkitekten i Kristiansand.

Boks 1. Elektrisk anlegg – anmerkningsprotokoll – kontrakt – kontobok – jurnal – vaskeriet m.v.

Boks 2. tegninger – anbudsinnbydelser og kontrakter.

Boks 3. Diverse skriv – varme – og sanitæranlegg.

Denne oversikten over boksenes innhold er det kommunen som har satt opp. Må få tilføye at det var i Boks 3 – diverse skriv, at jeg fant dokumenter som omhandlet arkitektkonkurransen; dens program, sykehuskomiteens innstilling og en del brevkorrespondanse mellom byggekomiteens leder og de inviterte arkitekter.

"Udkast til uttalelse til formandskabet fra byggekomiteen", sendt 30/8 30.

Brev til "Hr. arkitekt Arneberg" fra "Komiteen for nybygging av sykehus", 30te september 1930.

Brev til "Hr. arkitekt Ole Øvergaard", 14 oktbr 1930.

"Program for nybygningen av sykehus", godtatt av formannskapet 20 novbr 1930.

Øvergaard, Ole: Forslag til sykehus i Kristiansand, konkurranseutkast, udatert.

Brev fra "Bygningschefen i Kristiansand" (Helge Blix) til "Komiteen for nybygning av sykehus i Kristiansand", 21 mai 1931.

Komiteens innstilling, 1931.

Øvergaard, Ole: brev til "Herr overlege Kristen Andersen", 13. januar 1932.

Øvergaard, Ole: Arbeids+plantegninger + skriftlig forklaring på de forskjellige rom, vedlegg i brev til Komiteens formann overlege Andersen, 13. januar 1932.

Øvergaard, Ole: Situasjonsplan, oslo, 1.juni 1932.

2 stk fotografier fra åpningsdagen utlånt fra Historisk Museum ved Vest-Agder Sentralsykehus.

Tønsberg sykehus:

Arkivmateriale Tønsberg sykehus er i dag i Tønsberg kommunes arkiver.

Øvergaard, Ole: Ad sak nr. 131 – fordrag for fylkestinget tirsdag den 21. april 1936.

Øvergaard, Ole: Plantegninger Vestfold fylkessykehus, utvidelse 1936, oslo 15.dech 1936.

Øvergaard, Ole: Fasadetegninger Vestfold fylkessykehus, utvidelse 1936, oslo 15.dech 1936.

Øvergaard, Ole: Anmeldelse av forandringsarbeider i Epidemibygningen, 1937.

Øvergaard, Ole: Arbeidstegninger forandringsarbeider i operasjonsavdelingen, 22/8-1938.

Øvergaard, Ole: Anmeldelse medisinsk arbeidsavdeling, 1939.

Sarpsborg sykehus:

Arkivmateriale Sarpsborg sykehus er i dag i Sarpsborg kommunes arkiver.

S. Borg Bygg, Arbeidstegninger ombygningsarbeide, 1932.

Øvergaard, Ole: Plantegninger Sarpsborg Sykehus – forslag til utvidelse 1936, sist rettet 27-4-1937.

Øvergaard, Ole: Fasadetegninger Sarpsborg Sykehus – forslag til utvidelse 1936, sist rettet 27-4-1937.

Øvergaard, Ole: Byggeanmeldelse, 30.april 1937.

Sarpsborg kommune, Anm. No. 61/37, Sarpsborg 18/10 1937.

Fotografier tilhørende Historisk gruppe ved Sarpsborg sykehus.

Ullern Tuberkulosehjem:

Arkivmateriale Ullern Tuberkulosehjem finnes i dag på mikrofilm hos Plan- og bygningsetaten, Oslo.

Øvergaard, Ole: Plantegninger, 10.april 1933.

Øvergaard, Ole: Fasadetegninger, 10.april 1933.

Intervjuer

Utført intervju med:

- Overlege Karl Wefring og Historielaget ved Sentralsykehuset i Vestfold.

- Reidun Braathen, hun var anestesisykepleier ved Kristiansand sykehus fra 1977 og grunnlegger av Historisk Museum ved Vest-Agder Sentralsykehus.
- Solbjørg Olsen, husøkonom og medlem av Historisk gruppe ved Sarpsborg sykehus.

ILLUSTRASJONSLISTE

Illustrasjonen på oppgavens forside viser *Kristiansand sykehus' kirurgiske avdeling 1934. Sykehusets betjening sammen med byggets arkitekt Ole Øvergaard, fremste rekke med hatt. Fotografert ved åpningen 29.september 1934.*

Foto i privat eie, Historisk museum, Aust-Agder Sentralsykehus.

Illustrasjon 1: *Sing-Sing, Skien, 1919. Foto 1996.*

Brantenberg: Sosial boligbygging i Norge 1740-1990. Fra arbeiderboliger til husbankhus, 1996, s.180.

Illustrasjon 2: *Åsengata, Oslo, 1931. Foto 1996.*

Brantenberg: Sosial boligbygging i Norge 1740-1990. Fra arbeiderboliger til husbankhus, 1996, s. 200.

Illustrasjon 3: *Eksempel på paviljongsystemet, Adolf Schirmers epidemiavdeling, Ullevål sykehus, 1885.*

Balto: Norsk sykehusarkitektur, Årbok fortidsminneforeningen 2000, s. 19.

Illustrasjon 4: *Kristiansand, sykehusområdet, skisse etter plantegning, konkurranseutkast, udatert.*

Skisse etter plantegninger datert 13. januar 1932.

Illustrasjon 5: *Kristiansand sykehus, 1934, plantegning 1.etg.*

Ole Øvergaard, Byggekunst, 1936, s 98.

Illustrasjon 6: *Kristiansand sykehus, 1934, plantegning 2. og 3.etg.*

Ole Øvergaard, Byggekunst, 1936, s 99.

Illustrasjon 7: *Kristiansand sykehus, 1934, plantegning 4.etg.*

Ole Øvergaard, Byggekunst, 1936, s 99.

Illustrasjon 8: *Kristiansand sykehus, 1934, operasjonssal, , gjennomgående instrumentskap bak glassdørene i hjørnet.*

Byggekunst, 1936, s 103.

Illustrasjon 9: *Kristiansand sykehus, 1934, plantegning underetg.*

Ole Øvergaard, Byggekunst, 1936, s 98.

Illustrasjon 10: *Kristiansand sykehus, 1934, mattralle.*

Byggekunst, 1936, s 100.

Illustrasjon 11: *Kristiansand sykehus, 1934, fasade..*

Foto i privat eie, Historisk museum, Aust-Agder Sentralsykehus.

Illustrasjon 12: *Le Corbusier, Domino, 1914-15.*

Curtis: Modern architecture since 1900, 2005.

Illustrasjon 13: *Radiumhospitalet, fasade, tegnet 1927-29. Foto 2005.*

Eget foto.

Illustrasjon 14: *Kristiansand sykehus, 1934, pasientværelse, lyst og luftig.*

Byggekunst, 1936, s 102.

Illustrasjon 15: *Ole Øvergaards framstilling av forskjellige belysningsanordninger i pasientværelsene.*

Ole Øvergaard, Byggekunst, 1936, s 96.

Illustrasjon 16: *Lampe designet av Ole Øvergaard til Kristiansand sykehus, 1934.*

Byggekunst, 1936, s 96.

Illustrasjon 17: *Albuekrok, designet til Kristiansand sykehus, 1934.*

Byggekunst, 1936, s 95.

Illustrasjon 18: *Ullern Tuberkulosehjem, 1934, modell.*

Ole Øvergaard, Byggekunst, 1935, s.197.

Illustrasjon 19: *Ullern Tuberkulosehjem, 1934, plantegning 1. etage.*

Ole Øvergaard, Byggekunst, 1935, s.200.

Illustrasjon 20: *Ullern Tuberkulosehjem, 1934, plantegning 2. etage.*

Ole Øvergaard, Byggekunst, 1935, s.200.

Illustrasjon 21: *Tønsberg sykehus. Fasaden til venstre; sykehusbygning 1919.*

Fasade til høyre; ny inderemedisinske avdeling, Ole Øvergaard, 1938.

Kopstad: Vestfold Sentralsykehus 1879-1989 – 110 år i sykepleiens tjeneste, 1989.

Illustrasjon 22: *Tønsberg sykehus, 1-4 etasje, 1938, skisse etter plantegning, 15.dech 1936.*

Skisse etter plantegning Vestfold fylkessykehus, utvidelse 1936, oslo 15.dech 1936.

Illustrasjon 23: *Tønsberg sykehus, kjelleretasje, 1938, skisse etter plantegning, 15.dech 1936.*

Skisse etter plantegning Vestfold fylkessykehus, utvidelse 1936, oslo 15.dech 1936.

Illustrasjon 24: *Sarpsborg sykehus, Øvergaards mellombygning, 1941.*

Foto i privat eie, Historisk gruppe, Sarpsborg sykehus.

Illustrasjon 25: *Sarpsborg sykehus, kjelleretasje, 1941, skisse etter plantegning, 27-4-1937.*

Skisse etter Plantegninger Sarpsborg Sykehus – forslag til utvidelse 1936, sist rettet 27-4-1937.

Illustrasjon 26: *Sarpsborg sykehus, 1. etasje, 1941, skisse etter plantegning, 27-4-1937.*

Skisse etter Plantegninger Sarpsborg Sykehus – forslag til utvidelse 1936, sist rettet 27-4-1937.

Illustrasjon 27: *Sarpsborg sykehus, 2.etasje, 1941, skisse etter plantegning, 27-4-1937.*

Skisse etter Plantegninger Sarpsborg Sykehus – forslag til utvidelse 1936, sist rettet 27-4-1937.

Illustrasjon 28: *Ullern Tuberkulosehjem, liggehall, 1934.*

Byggekunst, 1935, s.200.

Illustrasjon 29: *Radiumhospitalet, inngangsparti. De to midterste bærende element er utformet som doriske søyler.*

Tegnet 1927-29, foto 2005.

Eget foto.

Illustrasjon 30: *Inngangsparti Ullern Tuberkulosehjem, tegnet 1933.*

Byggekunst, 1935, s.196.